

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

35 853

Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met enkele verbeteringen en preciseringen van de tijdelijke regels over de inzet van coronatoegangsbewijzen bij de bestrijding van het virus SARS-CoV-2

Nr. 1884

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 juni 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake Ontwikkelingen rondom het coronavirus.

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 mei 2022 inzake Besluitvorming maatregelen COVID-19 (Kamerstuk 25 295, nr. 1842),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 mei 2022 over het RIVM-advies inzake herhaalprik en besluit zomercampagne vaccinatie COVID-19 (Kamerstuk 25 295, nr. 1843),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 mei 2022 inzake het Verslag van de formele EU gezondheidsraad 29 maart 2022 (Kamerstuk 21 501-31, nr. 666),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 mei 2022 inzake het Ontwerpbesluit houdende wijziging van de vervaldatum van artikel 6ba van de Wet publieke gezondheid (Kamerstuk 35 853, nr. 14),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 mei 2022 inzake het RIVM-advies over de isolatie en mondkapjesplicht luchtvaart (Kamerstuk 25 295, nr. 1841),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 mei 2022 inzake overgang naar nieuwe rekenmethode COVID-19 vaccinatiëgraad (Kamerstuk 25 295, nr. 1867),
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 mei 2022 inzake de stand van zaken corona Wob-aanpak (Kamerstuk 25 295, nr. 1845).

De vragen en opmerkingen zijn op 2 juni 2022 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 juni 2022 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Zij danken de Minister voor de stand van zaken met betrekking tot het coronavirus en de ontwikkelingen op dit gebied. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen. Allereerst zijn zij blij te lezen dat er opschaalbare capaciteit voor vaccineren, (zelf)testen en medicatie klaarstaat. Genoemde leden zijn wel benieuwd hoe snel dit ingezet kan worden en op welke schaal. Is hier ook rekening gehouden met een eventuele grootschalige vaccinatiecampagne of enkel voor booster- en herhaalprikken? Kan de Minister aangeven welke Europese landen op dit moment vaccinatierondes voorbereiden? Tevens vragen deze leden wat de stand van zaken is met betrekking tot de vaccinatiestrategie voor de lange termijn waar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Gemeentelijke Gezondheidsdienst en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en andere betrokken partijen samen met het kabinet aan werkt.

Ook zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat een Outbreak Management Team (OMT) en een Maatschappelijk Impact Team (MIT) tot een goede, eenduidige aanpak kunnen komen, ook wanneer hun adviezen lijnrecht tegenover elkaar staan. Hoe is de Minister van plan om te gaan met duidelijke verschillen tussen OMT- en MIT-adviezen? Hoe ziet de Minister de positionering van het OMT en het MIT naast elkaar? Kan de Minister aangeven of hij overweegt om de adviezen aan elkaar te laten verbinden, zoals het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) bij de OMT-adviezen? Welke disciplines vindt de Minister dat plaats moeten hebben in een OMT/MIT?

Genoemde leden vinden het belangrijk dat we goed zicht houden op het virus en zij zijn blij te lezen dat de overheid inzet op stevige monitoring, maar zijn wel benieuwd hoe goed het zicht op virus momenteel is nu het grootschalige testen niet meer nodig is. Op welke manier wordt nu bijgehouden in welke leeftijdsgroepen de besmettingen voorkomen en welke varianten rondgaan wanneer dit niet naar voren komt bij bijvoorbeeld rioolwatersurveillance? Hoe gaat de Minister erop toezien dat de experts het zicht op het virus niet kwijtraken? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de toezegging aan het lid Tielen tijdens het commissiedebat over de Ontwikkelingen rondom het coronavirus op 19 april jl. om onderzoek te doen naar het toch doorzetten van de Coronamelder en het meldportaal voor zelftesten?

Wat is op dit moment de status van de inhaalzorg? Welk plan van aanpak met bijbehorende termijn ligt hiervoor klaar en wat is daar aanvullend voor nodig? Kan de Minister aangeven hoe zelfstandige klinieken kunnen helpen met de inhaalzorg wanneer sommige klinieken aangeven nu al aan het zorgkostenplafond zitten? Op welke manier worden patiënten die op hun behandeling wachten op de hoogte gehouden van de vorderingen van hun wachtproces? In hoeverre nemen zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid om wachtlijstbemiddeling toe te passen en is de Minister voornemens om, indien dit niet goed gaat, zorgverzekeraars hierop aan te spreken?

Het testbeleid is gewijzigd en het testen bij de GGD is enkel nog voor specifieke doelgroepen, waaronder inwoners van een verpleeghuis, zij kunnen nog naar een GGD-teststraat. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd hoe in dit testbeleid rekening wordt gehouden met niet-mobiele

thuiswonenden. Worden op dit moment ook nog thuisbemonsteringen door GGD'en uitgevoerd?

Nu mogen lidstaten nog zelf besluiten of en wanneer ze voor herstelbewijzen van een antigeentest gebruikmaken. Genoemde leden zijn benieuwd waarom op Europees niveau niet één lijn wordt getrokken bij de herstelbewijzen op basis van een antigeentest.

Voorts zijn deze leden benieuwd wanneer de procedure voor aankoop van Paxlovid en Lagevrio rond is. Daarnaast zijn zij benieuwd naar een reactie op de uitkomst van recent wetenschappelijk onderzoek dat Evusheld ook in staat is om nieuwe Omicron-varianten BA.4 en BA.5 te neutraliseren. Op welke manier zullen bovengenoemde middelen in behandelplannen hun plek krijgen?

Daarnaast kijken de leden van de VVD-fractie uit naar de uitkomsten van het literatuuronderzoek van het RIVM naar de inzet van luchtreinigers. Kan de Minister aangeven of dit voor of na het zomerreces wordt verwacht?

Kan de Minister aangeven hoeveel vaccinaties inmiddels zijn gezet met het Novavax-vaccin?

Per 19 april jongstleden is het quarantaineadvies komen te vervallen. Het isolatieadvies geldt nog wel. Kan de Minister een toelichting geven waarom de online campagne om mensen te informeren over isolatie bij een positieve (zelf)testuitslag maar loopt tot eind mei 2022? Wat is de reden dat dit geen doorlopende campagne is? Kan de Minister daarnaast aangeven waarom de communicatie over het rekening houden met kwetsbaren minder uitgebreid is dan de communicatie over de herhaalprik? Waarom wordt hier niet evenveel aandacht aan besteed?

De Minister geeft in zijn brief van 17 mei jongstleden aan dat voor verschillende scenario's uitvoeringsplannen klaarliggen om snel te kunnen starten met een vaccinatiecampagne als de situatie daar om vraagt. Kan de Minister aangeven met welke scenario's rekening is gehouden? En wat bedoelt hij precies met snel kunnen starten? Gaat het dan om enkele dagen of dient dan rekening te worden gehouden met weken? Tenslotte zijn deze leden benieuwd naar het plan van de Minister met betrekking tot reboosters. De vorige booster is ongeveer een half jaar geleden en de bescherming neemt dan weer af. Kan de Minister aangeven op welk termijn er zal worden gestart met reboosters?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie zien een grote discrepantie tussen de waarschuwing van de regering dat corona in het najaar kan oplaaien en de passiviteit als het gaat om het organiseren van structureel meer intensive care (ic)- en ziekenhuiscapaciteit en het bewerkstelligen van de juiste ventilatie in binnenruimtes.

Is de Minister van mening dat we goed voorbereid zijn voor een opleving van corona in de herfst? Zo ja, waarop is dit gebaseerd? Het RIVM geeft aan dat we rekening moeten houden met een opleving van het virus. De Europese Commissie verzoekt de lidstaten hieromtrent onder meer om intensivering en stimulering van vaccinatie. Op welke manier is de Minister van plan dit op te volgen? Is de Minister voornemens nieuwe (booster)vaccinatierondes op te starten? Op wie zal deze vaccinatieronde dan van toepassing zijn? Kan de Minister dit nader toelichten? Zo nee, waarom niet?

Klopt het dat vaccinatie de kans op langdurige COVID-klachten (vooral bij mensen met milde klachten) nauwelijks verkleint? Is er inmiddels al een vaccin dat is aangepast aan de nieuwste varianten? Zo ja, welke variant is dit? Er wordt immers nog steeds geprikt tegen de Wuhanvariant van het virus. Wanneer kan het aangepaste vaccin ingezet worden?

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd dat onder meer de coronatoe-gangsbewijzen (CTB's) met het verwerpen van de vijfde verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm) vervallen zijn. Helaas is het Digitaal Corona Certificaat (DCC) nog wel nodig om internationaal te reizen. Genoemde leden lezen dat de Europese Commissie heeft voorgesteld de DCC-verordening, die het technisch kader biedt, te verlengen met een jaar. Is de Minister voornemens daarmee in te stemmen? Zo ja, waarom? Komt het «vinkje» voor dit DCC-bewijs te vervallen wanneer de (vierde) prik in het najaar niet genomen wordt? Andersom kan dit ook van toepassing zijn, er zijn miljoenen mensen wiens «vinkje» vervallen is omdat zij de derde (booster)vaccinatie niet hebben genomen. Zal het «vinkje» weer geactiveerd worden na het halen van de (vierde) vaccinatie in het najaar?

In zijn vorige functie als voorzitter van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) maakte de huidige Minister van Volksge-zondheid, Welzijn en Sport tijdens zijn laatste bijdragen aan een technische briefing in de Tweede Kamer de enige juiste analyse, namelijk dat het ziektebeeld COVID een extra ziekte is en derhalve extra ziekenhuis-capaciteit en extra ic-capaciteit vereist. Waarom is deze extra capaciteit nog steeds niet geregeld, terwijl de Minister een oncontroleerbare oploop in het aantal ziekenhuisopnamen met het ziektebeeld COVID niet uitsluit? Wat is de reactie van de Minister op de bijdrage van de heer Van Ranst tijdens het rondetafelgesprek over de Langere termijn aanpak corona waarin hij stelde dat België tweemaal zoveel ic-capaciteit heeft en België derhalve eind 2021 niet in een lockdown zat en Nederland wel? Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat voldoen aan de ventilatie-richtlijn uit het bouwbesluit het aantal besmettingen met corona in nachtclubs met wel 70% kan doen laten dalen. Deelt de Minister de mening dat de juiste ventilatie is dus van cruciaal belang om in te zetten «to flatten the curve» in geval het aantal opnames met het ziektebeeld COVID onverhoopt oplaait door bijvoorbeeld een ziekmakendere variant, in een land met de gemiddeld laagste ic-capaciteit in Europa? Zo nee, kan de Minister aangeven waarom de regering in dat geval niet bewerkstelligt dat alle binnenruimtes voor het najaar voldoen aan de juiste ventilatie? Genoemde leden valt het op dat het grote publiek nog steeds niet goed genoeg bekend is met de juiste ventilatie. Is de Minister bereid de campagnes uit te breiden met een televisiecampagne waarin de juiste ventilatie beeldend uitgelegd wordt? Waarom worden de ventilatierichtlijnen zoals die nu al bestaan in het bouwbesluit niet actief in alle binnenruimtes gehandhaafd? Wat is de uitgebreide reactie van de Minister op de uitgebreide bijdrage van de heer De Hond over ventilatie tijdens het rondetafelgesprek over de Langere termijn aanpak corona? Wat is de reactie van de Minister op de verwondering van de heer Van Ranst tijdens datzelfde rondetafelgesprek dat in buurland België overal CO₂-meters in binnenruimtes aanwezig zijn en in Nederland niet? Is de Minister bereid te bewerkstelligen dat voor de start van het nieuwe school- en studiejaar in september alle leslokalen uitgerust zijn met CO₂-meters en een instructiekaart voor de juiste ventilatie? Zo nee, waarom niet? Is de Minister bereid om te bewerkstel-ligen dat alle binnenruimtes voor september uitgerust zijn met CO₂-meters en een instructiekaart voor de juiste ventilatie? Waar blijven de sectorplannen rondom ventilatie? Hoeveel scholen hebben hun ventilatie al op orde? Is hier goed zicht op?

De leden van de PVV-fractie zijn erg geschrokken van het feit dat 22% van de jongeren tijdens de vierde lockdown op enig moment aan zelfmoord heeft gedacht. Kan de Minister toezeggen dat onderwijsinstellingen nooit meer sluiten? Kan de Minister toezeggen dat jongeren, die relatief weinig gezondheidsrisico hebben gelopen door corona, niet meer zo onevenredig hard worden getroffen door vrijheid beperkende maatregelen als het weer mis mocht gaan met corona? Ook het aantal jongvolwassenen dat een einde aan hun leven maakte is in 2021 hoger dan voorgaande jaren. Hoe gaat de Minister beter rekening houden met het effect van corona en lockdowns op jongeren? Hoeveel 18-minners zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel 21-minners zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel van hen hadden onderliggend lijden? Hoeveel jongeren in de leeftijd van 21 tot 30 jaar zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel van hen hadden onderliggend lijden?

Corona is niet voorbij, maar de regering zegt nu tegen de samenleving: zoek het zelf maar uit. Dit gaat dwars tegen de adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) in. Waar blijft de centrale regie van de regering? Hoe bizar is het corona dan maar los te laten als de regering de ic- en ziekenhuiscapaciteit niet structureel heeft verhoogd en niet de juiste ventilatie in binnenruimtes (*to flatten the curve*) heeft geregeld? De zorg is nog steeds uitgedeed, overbelast en kampt met een hoog ziekteverzuim. Een bezoekje en een bedankje van de Minister is niet genoeg. Waar blijven de uitgewerkte plannen ten aanzien van de broodnodige zorgcrisisreserve? De Minister kan wel hopen dat er geen nieuwe varianten komen of dat ze minder besmettelijk zijn, maar zo zijn we natuurlijk nooit goed voorbereid op een nieuwe opleving van het virus komende herfst. Wat nodig is zijn duidelijke draaiboeken voor diverse scenario's. Wanneer kan de Kamer die verwachten? Zijn voor de komende herfst de richtlijnen al op orde voor het beschermen van kwetsbare mensen en ouderen in de samenleving? Wat zijn nu de afspraken voor het testen en opsporen van het virus en voor de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en testmaterialen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de diverse brieven die de huidige stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen rondom het coronavirus aangeven. Deze leden hebben enkele vragen aan de Minister. In de Verzamelbrief COVID-19 van 30 mei 2022¹ geeft de Minister aan dat de overheid onder andere inzet op opschaalbare capaciteit voor vaccineren, (zelf)testen en medicatie. Hierbij geeft de Minister echter niet aan hoe het zit met de laboratoriumcapaciteit. De leden van de CDA-fractie vragen daarom of de Minister een overzicht kan geven van de huidige beschikbare laboratoriumcapaciteit. Is het momenteel nog mogelijk om grootschalig testen te analyseren? Wat is de huidige maximale laboratoriumcapaciteit per dag? Op welke wijze kan de Minister eventueel deze capaciteit opschalen? Hoe snel kan er worden opgeschaald in laboratoriumcapaciteit?

Genoemde leden vragen of de Minister een overzicht kan geven van de huidige totale testcapaciteit bij de GGD'en. Hoeveel testlocaties zijn er momenteel en wat is de totale maximale testcapaciteit per dag? Is het mogelijk om testlocaties in te richten bij bijvoorbeeld apothekers of zorginstellingen, zodat op meer plekken getest kan worden? Worden hier plannen voor ontwikkeld richting het najaar? In de brief van 15 maart

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1869.

2022² geeft de Minister aan dat de lopende pilot begeleid zelftesten wordt geëvalueerd. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven wat hiervan de stand van zaken is.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in Nederland bij wordt gehouden en wordt geregistreerd hoeveel mensen last hebben van Long COVID. Welke onderzoeken naar oorzaak, gevolgen en behandeling van Long COVID vinden binnen Nederland plaats? Klopt het dat onderzoeken naar Long COVID binnen Nederland nauwelijks van de grond komen, zoals in een artikel in de Volkskrant onlangs beschreven werd³? Wat is hiervan de oorzaak? Wat is de Minister bereid om te doen om deze onderzoeken binnen Nederland wel mogelijk te maken? Deze leden vragen waarom er geen lange termijn beleid is op Long Covid, zoals het plan in Duitsland en wat de Gezondheidsraad in Nederland heeft geadviseerd⁴. Genoemde leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze momenteel behandelingen van Long COVID-gerelateerde klachten vergoed worden binnen het basispakket.

Genoemde leden vragen of het klopt dat in de Verenigde Staten 1,4 miljard euro is geïnvesteerd in een biomedisch onderzoeksprogramma. Vindt een soortgelijk onderzoek ook in Nederland plaats? Zo nee, waarom niet? Is de Minister bereid om te bezien of in Nederland een soortgelijk biomedisch onderzoeksprogramma opgezet kan worden? Zo nee, waarom niet? De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de lopende onderzoeken via ZonMW naar biomedische onderzoeken binnenkort aflopen. Wanneer wordt een volgende ronde naar biomedisch onderzoek aangekondigd?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoeveel vaccins er voor het najaar ingekocht zijn. Hoe gaat de organisatie van een volgende vaccinatiecampagne verlopen? Overweegt de Minister om dit deze keer te combineren met het toedienen van de grieprik? Zo nee, waarom niet?

In het commissiedebat van 19 april 2022 gaf de Minister aan dat als er een omikronvaccin zou komen, Nederland hier net als Duitsland beschikking over zou hebben. Kan de Minister hiervan de laatste stand van zaken geven?

In antwoord op eerder gestelde schriftelijke vragen⁵ stelt de Minister dat Pfizer zou weigeren om Paxlovid voor de Nederlandse patiënt beschikbaar te maken. De leden van de CDA-fractie vragen of het echter klopt dat Pfizer heeft aangeboden dit medicijn zowel via bilaterale als Europese onderhandelingen aan te bieden. Klopt het dat er met vrijwel alle Europese lidstaten reeds bilaterale contracten zijn afgesloten, maar met Nederland niet? Zo ja, waarom heeft de Nederlandse overheid geen gebruikgemaakt van deze mogelijkheid? Klopt het tevens dat Pfizer op 1 mei een eerste deel van het dossier (farmacotherapeutisch) heeft ingediend voor het aanvragen van vergoeding voor Paxlovid via de reguliere route? Is de Minister bereid om te bekijken hoe deze aanvraag zo spoedig mogelijk behandeld kan worden?

² Kamerstuk 25 295, nr. 1819.

³ Volkskrant, 28 mei 2022, «Studie naar postcovidsyndroom komt in Nederland amper van de grond. Oorzaak: een gebrek aan geld».

⁴ Bundesregierung.de, 15 mei 2022, «Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19» (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2040048/feffdcc21a9892def37df142e4feb9b6/9-stellungnahme-long-covid-data.pdf?download=1>).

⁵ Antwoord op schriftelijke vragen van de leden Bikker en Van den Berg over het bericht «Annelies zit al twee jaar in isolatie, maar Nederland is traag met medicatie voor kwetsbaren», ontvangen 13 mei 2022. Aangangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2735

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de Minister van plan is eventuele noodmaatregelen te nemen bij een volgende coronagolf, nu de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is komen te vervallen.

In de Verzamelbrief COVID-19 van 30 mei 2022 geeft de Minister aan dat het RIVM is gestart met een literatuuronderzoek naar de inzet van luchtreinigers. De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken van dit onderzoek is. Zij vragen tevens wat de stand van zaken is van het onderzoek naar ventilatiesystemen op scholen in Staphorst. Kan de Minister garanderen dat de diverse onderzoeken voldoende voortvarend gedaan worden zodat de benodigde kennis in het najaar beschikbaar en inzetbaar is op scholen? Hoeveel scholen hebben inmiddels een goed functionerend ventilatiesysteem? Hoeveel procent van de scholen heeft CO₂-meters geïnstalleerd?

Genoemde leden vragen de Minister om een reactie op het bericht dat plannen voor het concentreren van COVID-patiënten een stille dood lijken te sterven⁶. Neemt de Minister het anders organiseren van coronazorg mee in zijn lange termijn plannen?

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er een taskforce is opgericht voor de optimalisatie van de organisatie van zorg voor COVID-patiënten. Klopt het tevens dat de opdracht voor deze taskforce niets meer is dan randvoorwaarden van subsidieverlening mogelijk te maken? Zo nee, wat is wel de opdracht aan deze taskforce? Klopt het dat ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen (of vertegenwoordigers daarvan) niet in deze taskforce zitten? Zo ja, waarom zitten zij daar niet in? Klopt het dat ziekenhuizen een beroep op de door de taskforce opgestelde subsidie kunnen doen als zij zelf een goed idee hebben voor andere organisatie van zorg voor COVID-patiënten? Deelt de Minister de mening dat op die vrijblijvende wijze echte verandering van de organisatie van COVID-zorg niet tot stand komt? Deelt de Minister de mening dat er hierin duidelijke centrale regie genomen moet worden? Waarom neemt de Minister hierin geen regie? Deelt de Minister de mening van genoemde leden dat het vreemd is dat de Minister wel binnen de kortste tijd noodmaatregelen kan nemen waarmee de samenleving (deels) op slot gaat, maar dat de Minister tegelijkertijd blijkbaar niet de (wettelijke) middelen heeft om in de organisatie van de zorg noodmaatregelen te treffen? Waarom kan de Minister bijvoorbeeld niet opleggen dat andere beroepsgroepen (tijdelijk) ingezet kunnen worden op de ic, zodat daar meer capaciteit ontstaat? Waarom kan de Minister ook niet afdwingen dat er pilots gestart worden voor betere organisatie van COVID-zorg? Welke wettelijke middelen hiertoe mist de Minister en is de Minister bereid om ervoor te zorgen dat die wettelijke middelen er wel komen?

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er nog steeds geen pilots rond een andere organisatie van COVID-zorg zijn geweest, en ook niet in het verschiet liggen. Klopt het dat er tot op heden op geen enkele manier geëxperimenteerd is hoe je met dezelfde mensen de COVID-zorg slimmer kan organiseren? Zo ja, waarom komt dit niet van de grond? Is doorgerekend (bijvoorbeeld met de inzet van kunstmatige intelligentie) hoe we de beperkte middelen kunnen inzetten om zo veel mogelijk COVID-zorg beschikbaar te stellen bij een mogelijke volgende coronagolf? Is de Minister van mening dat in het geval van grote druk op de ic's, anesthesisten ingezet zouden moeten worden op de ic? Deze leden vragen tevens of het uitbreiden van het aantal Post Anesthesia Care Unit (PACU)-bedden een oplossing zou kunnen zijn voor de druk op de ic⁷. Zo

⁶ Parool, 24 april 2022, «Plan voor aparte covid-ic's komt niet van de grond».

⁷ Medisch Contact, 1 november 2021, «Anesthesiologen: «Uitbreiden PACU-bedden oplossing voor druk op de ic»».

nee, waarom niet? Zo ja, waarom wordt dit niet in veel meer ziekenhuizen toegepast?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een scenario heeft ontwikkeld voor het geval dat dit najaar tegelijk een griepgolf en een coronagolf plaatsvindt. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan dit scenario met de Kamer gedeeld worden?

Kan de Minister een reactie geven op de oproep van de Patiëntenfederatie Nederland waarin zij stellen dat mensen die langdurig moeten wachten op hun operatie vanwege uitgestelde zorg, met regelmaat gecontacteerd zouden moeten worden door het ziekenhuis⁸?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de gevolgen van Long COVID. Hierover hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen. Zij zijn benieuwd naar de laatste cijfers over Long COVID. Hoeveel meldingen van Long COVID zijn er op dit moment bekend bij het ministerie? Hoeveel van deze patiënten vallen hierdoor langer dan drie maanden (gedeeltelijk) uit? Bij hoeveel procent van de COVID-19 patiënten komt Long COVID voor (zo ver dat nu bekend is)? Ook zijn deze leden benieuwd hoe Long COVID-patiënten worden betrokken bij beleid. Zijn patiënten tot nu toe betrokken geweest bij beleid? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet en is de Minister bereid om dit voortaan wel te doen? Deze leden horen dat patiënten en experts oproepen tot gespecialiseerde Long COVID-centra voor patiënten met complexe klachten. Is de Minister bereid om deze oproep serieus te nemen? Zo ja, wanneer worden hier stappen in gezet? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het kabinet een verantwoordelijkheid heeft voor de mensen die tijdens de coronacrisis in een essentiële sector werkten om de maatschappij draaiende te houden. Deze leden hebben vragen over de stappen die (niet) worden gezet om werknemers met Long COVID-klachten te ondersteunen. Is de Minister bereid om de subsidieregeling voor zorgverleners met Long COVID uit te breiden van alleen zorgmedewerkers naar een grotere groep? Zo ja, aan welke groep van werknemers denkt de Minister? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie zien de subsidieregeling als een tijdelijke oplossing om mensen langer de kans te geven om te herstellen en te re-integreren. Daarmee wordt echter te weinig gedaan aan de grote financiële schade die werknemers in essentiële sectoren met Long COVID hebben opgelopen. Naar de mening van de genoemde leden is het daarom zaak dat deze mensen snel en eerlijk gecompenseerd worden. Kan de Minister aangeven of het kabinet het met genoemde leden eens is dat er een fonds zou moeten komen om werknemers tegemoet te komen? Zo ja, welke acties wil het kabinet nemen om deze mensen verder tegemoet te komen? Zo nee, waarom niet? Hoe groot zou de groep zijn die mogelijk hier gebruik van kunnen maken? Deze leden constateren dat Long COVID al is aangemerkt als beroepsziekte. Kan de Minister aangeven of het kabinet bereid is om voor werknemers uit essentiële sectoren een vergelijkbare regeling in te stellen als de regeling Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wil het kabinet dit fonds precies vormgeven? Hoeveel geld is het kabinet bereid om hiervoor beschikbaar te stellen?

⁸ Dagblad van het Noorden, 31 mei 2022, «Patiëntenfederatie: houd contact met wachtende voor operatie».

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat werknemers die Long COVID hebben het beste in dienst kunnen blijven van hun werkgever. Dit zou eventueel kunnen door de mogelijkheid van een derde ziektejaar te creëren. Kan de Minister aangeven of het kabinet bereid is te kijken of een derde ziektejaar voor werknemers met Long COVID mogelijk is? Zo ja, is het kabinet ook bereid om te kijken of (een gedeelte van) deze extra kosten gedragen kunnen worden door de overheid?

Genoemde leden constateren dat er nog veel onbekend is over Long COVID. Zij weten dat enkele publiek gefinancierde onderzoeken lopen naar Long COVID. Wat is de aard en omvang van deze onderzoeken? Voor hoeveel onderzoeken heeft het ministerie opdracht gegeven en hoeveel geld is er voor deze onderzoeken beschikbaar gesteld? Waar zitten de gaten in de informatiepositie rond dit onderwerp? Ziet de Minister opties om meer te investeren in onderzoek naar Long COVID? Zo ja, welke opties? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie zien het belang van voorlichting van medische professionals en patiënten over Long COVID. Heeft de Minister al navolging gegeven aan het advies van de Gezondheidsraad om een voorlichtingscampagne te starten onder professionals en patiënten over Long COVID? Welke acties heeft de Minister al ondernomen? Welke acties wil de Minister nog nemen om de voorlichting op te zetten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zij zijn positief gestemd over de afschaffing van de wettelijke basis voor het CTB. Is de Minister het ermee eens dat de mogelijkheid om CTB's te gebruiken ook niet thuishoort in de aangekondigde aanpassing van de Wet publieke gezondheid (Wpg)?

Genoemde leden merken op dat de lange termijnstrategie van de Minister vooral is ingericht op de huidige situatie en dat de corona-aanpak van de heftigere scenario's uit het rapport van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) minder is uitgewerkt. Waarom is hiervoor gekozen? Is de Minister het ermee eens dat alle mogelijke scenario's voldoende moeten worden uitgewerkt in de lange termijn strategie? Zo ja, wat gaat de Minister doen om dit alsnog te doen?

De leden van de SP-fractie constateren daarnaast dat weinig stappen worden gezet om de zorg daadwerkelijk te versterken. Waarom wordt bijvoorbeeld niet geïnvesteerd in een eerlijke beloning voor zorgverleners, om zo meer zorgverleners aan te trekken? Waarom wordt niet ingezet op het heropenen van eerder gesloten essentiële ziekenhuisvoorzieningen, die we tijdens oplevingen van het virus hard nodig hebben? Hoe is de Minister van plan de motie van het lid Hijink⁹ uit te voeren?

Genoemde leden maken zich ook zorgen over de paraatheid van andere onderdelen van de pandemiebestrijding. Is Nederland bijvoorbeeld voldoende voorbereid om in het najaar bron- en contactonderzoek en het testen uit te voeren als dat nodig is? In hoeverre is de GGD in staat om op korte termijn grootschalig te vaccineren, mocht er een nieuwe vaccinatieronde nodig zijn? Waar bereidt de Minister zich op dat gebied op voor? Wordt alleen geanticipeerd op een vaccinatieronde voor kwetsbaren of voor de gehele bevolking?

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1857

De leden van de SP-fractie zijn zeer kritisch op de keuze van de Minister om de virusbestrijding voor een groot deel uit te besteden aan de samenleving. Is de Minister het ermee eens dat het kabinet de verantwoordelijkheid voor de virusbestrijding dient te dragen? Zo ja, hoe gaat het kabinet die verantwoordelijkheid op zich nemen? Worden bijvoorbeeld alle scholen voor het begin van het nieuwe schooljaar voorzien van betere ventilatie en CO₂-meters? Zo nee, waarom niet? Worden bijvoorbeeld alle horecagelegenheden de komende maanden voorzien van betere ventilatie en CO₂-meters? Zo nee, waarom niet?

Deze leden vragen de Minister daarnaast op welke datum het loket voor de subsidieregeling voor zorgwerkgevers met het oog op het behoud van langdurig zieke werknemers geopend wordt. Waarom heeft het zo lang geduurd voordat deze regeling feitelijk wordt uitgevoerd? Het was toch al lang duidelijk dat zorgverleners met Long COVID de grens van twee jaar ziekte zouden bereiken? Hoeveel zorgverleners zijn inmiddels al om deze reden ontslagen?

De leden van de SP-fractie constateren dat er momenteel wordt onderhandeld over een mogelijk pandemieverdrag. Zij vragen de Minister wat zijn inzet is bij de onderhandelingen voor dit verdrag en hoe de motie van de leden Leijten en Van der Graaf¹⁰, waarin wordt uitgesproken dat de gezondheidszorg een nationale competentie is en moet blijven, hierin wordt meegenomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het zit met de voorraad aan coronavaccins. Kan de Minister in een tabel een overzicht geven van hoeveel vaccins nog op voorraad liggen en wanneer de houdbaarheidsdatum hiervan afloopt? Klopt de berichtgeving van het AD dat circa 3,5 miljoen vaccins de komende weken hun houdbaarheidsdatum verliezen? Zo ja, waarom is hier niet eerder op geacteerd? Genoemde leden vragen ook wat nu het huidige boosterregime precies is. Bestaat er een roadmap van welke groepen, en wanneer, voor een vervolgboster in aanmerking komen voor komend jaar? Waarom wordt, uit voorzorg, geen derde booster aangeboden drie maanden na de tweede booster? Klopt het dat een derde booster in principe niet schadelijk is en derhalve het altijd beter is om deze beschikbaar te stellen, dan de vaccins te laten verlopen en zodoende weg te gooien? Wat wordt ondernomen om de vaccinatie én boosterbereidheid op te hogen? De leden van de GroenLinks-fractie vragen bovendien of de regering de laatste wetenschappelijke inzichten met de Kamer kan delen over de vaccineffectiviteit en boostereffectiviteit na verloop van tijd. Wanneer gaat de subsidieregeling in de zorg in («Tijdelijke ondersteuning voor behoud zorgmedewerkers met Long COVID»)? Hoeveel is voor deze subsidieregeling begroot en waarom duurt het zo lang totdat deze subsidieregeling actief wordt?

Tot slot vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de Minister een overzicht kan maken van welke regelingen er op dit moment zijn aangaande het gratis verspreiden van zelftesten en persoonlijke beschermingsmiddelen. Hoe wordt de aangenomen motie van het lid Westerveld¹¹ over verlenging van de regeling persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor kwetsbaren uitgevoerd?

¹⁰ Kamerstuk 21 501–20, nr. 1600.

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1851.

Vragen en opmerkingen van de leden van de DENK-fractie

De leden van de DENK-fractie hebben met grote ontsteltenis kennisgenomen van het feit dat het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus is geannuleerd. De zomervakantie staat voor de deur. Nederlanders staan op het punt zich in grote getalen te verzamelen op de verschillende vliegvelden in dit land om vervolgens allerlei exotische plekken op aarde te bezoeken. De terrasjes raken weer vol, jongeren gaan de discotheken weer in en ook festivals zijn weer helemaal booming. Hartstikke fijn dat dit allemaal weer zonder gemaar (en hopelijk zonder groot gevaar) mogelijk is. Er blijft echter wel een risico schuilen in dit feestelijke gebeuren. Een risico dat volgens genoemde leden niet onbesproken kan blijven. Een risico dat gedegen voorzorgsmaatregelen verdient. Deze leden hebben het hier natuurlijk over het enorme risico op een toename aan coronagevallen en eventuele toename van de ziekenhuisbezetting.

- Heeft de Minister al een plan over hoe om te gaan met eventuele toename van het aantal corona patiënten? Zo nee, waarom niet?
- Hoe onderscheidt dit plan zich van de aanpak van de afgelopen twee jaar?
- Hoe gaat de Minister, bij een corona-opleving in het najaar, ervoor zorgen dat de zorg niet weer overrompeld wordt?
- Hoeveel ic-capaciteit is er momenteel beschikbaar om een eventuele corona-opleving na de zomerperiode op te vangen?
- Hoeveel ic-capaciteit verwacht de Minister in het najaar nodig te hebben?
- Heeft de Minister ook een worst-case scenario uitgewerkt? Zo nee, waarom niet?
- Wat gaat de Minister doen om er zeker van te zijn dat wij niet weer achter de feiten aanlopen en de samenleving in het najaar weer op het slot moet?
- Zijn er enige ontwikkelingen met betrekking tot coronagenesmiddelen, zoals de door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) goedgekeurde coronapil van Pfizer?
- Verwacht de Minister dat deze pillen in het najaar grootschalig ingezet kunnen worden als aanvulling of als alternatief op de huidige behandelmethode om zodoende de ziekenhuizen te ontlasten? Zo nee, waarom niet?
- Hoe staat het met de doorontwikkeling van de vaccins?

Nog belangrijker dan het oplossen van een eventuele corona-uitbraak is het voorkomen ervan. De leden van de DENK-fractie zijn dan ook benieuwd welke maatregelen de Minister in gedachten heeft om een eventuele uitbraak in de kiem te smoren.

- Welk percentage Nederlanders is in het afgelopen half jaar gevaccineerd?
- Welk percentage Nederlanders is in het afgelopen half jaar al eens met het coronavirus besmet geweest?
- Wat is de huidige vaccinatiestrategie?
- Is de Minister al begonnen met het vaccineren van ouderen en de meest kwetsbaren? Zo nee, wanneer wil de Minister hiermee beginnen?
- Is de Minister het met deze leden eens dat al in september uitnodigingen moeten worden gestuurd naar de meest kwetsbaren?
- Zijn er andere maatregelen om een eventuele corona-uitbraak te voorkomen? Zo ja, welke zijn dat?
- Welke maatregelen zullen als eerst uit de gereedschapskist worden gehaald op het moment dat er een opleving is van het aantal coronabesmettingen?

Uit verschillende informatiestukken die naar de Kamer zijn gestuurd, blijkt dat de Minister ervoor heeft gekozen om horeca & ondernemers deze zomer vrij spel te geven in het bepalen van de eigen corona-aanpak. De doe-het-zelf-aanpak van de Minister legt veel verantwoordelijkheid bij de ondernemers in dit land. Genoemde leden zijn blij dat er eindelijk vertrouwen wordt gegeven aan het volk. Nu corona al een tijdje onder de radar is, moet echter wel worden gewaakt voor onderschatting.

- Hoe zorgt de Minister dat het gevoel van urgentie bij de ondernemers wordt gecreëerd en behouden?
- Hoe wordt gehandhaafd op naleving van de eigen corona-strategie van ondernemers?
- Heeft de Minister een plan B voor het geval de doe-het-zelf-aanpak niet het gewenste resultaat oplevert?

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Van Haga

De leden van de Groep Van Haga stellen dat op 31 mei jl. de motie van het lid Van Haga¹² werd aangenomen waarin wordt opgeroepen in overleg te gaan met beroepsorganisaties van artsen over het standaard aan Larab melden van onverwachte ziektebeelden na vaccinatie. Zij weten inmiddels van een paar zeer ernstige bijwerkingen als ontstekingen aan het hart bij jonge mensen. De oversterfte baart eveneens grote zorgen.

Op advies van het RIVM stopt de Minister met nieuwe rondes herhaal-prikken. Klopt het dat reeds geplande boosterrondes voor 60-plussers wel doorgaan? Moet het «prikken en booster uit voorzorg», gezien de bijwerkingen niet helemaal stoppen? Is de Minister het met genoemde leden eens dat er geen bijzondere noodsituatie is die het gebruik van experimentele vaccins rechtvaardigt? Kan de Minister nog een keer toelichten wanneer een experimenteel vaccin gebruikt mag worden? Kan de Minister aangeven hoe het staat met de definitieve goedkeuring van de COVID-vaccins? Wanneer is die te verwachten?

Op 24 maart jl. sprak de Kamer met de Minister over het Europese DCC. Het was een wat kafkaësk debat. Er staat zwart op wit dat de EU het DCC beschouwt als een testcase voor een veel omvangrijkere Europese digitale identiteit. De Minister ontkende dat tijdens het debat. Het COVID-certificaat zou de vrije bewegingsruimte garanderen. Het is omgekeerd. Het beperkt de bewegingsvrijheid omdat je aan allerlei voorwaarden moet voldoen om te kunnen reizen. De Minister kon niet zeggen wat het allemaal gaat kosten aan beheer en onderhoud van de infrastructuur en de doorontwikkeling van het certificaat. Er is al 29 miljoen euro gereserveerd, maar er zou nog meer bijkomen. Kan de Minister inmiddels aangeven wat de Nederlandse belastingbetaler nog meer moet bijdragen aan het corona certificaat?

Genoemde leden zien geen reden om in te stemmen met het verlengen van het DCC en dus ook niet om in te stemmen met het ontwerp-Koninklijk Besluit. De volksgezondheid is er niet mee gebaat en de individuele gezondheid al helemaal niet. De voorhangprocedure van het koninklijk besluit vervalt aanstaande maandag, op 6 juni. In dit verband nogmaals de vraagtekens van genoemde leden bij het voorstel om het commissiedebat te schrappen omdat er geen dringende agendapunten zouden zijn. De dringende vraag van deze leden is nu om geen onomkeerbare stappen te zetten tot na behandeling van dit schriftelijk overleg. Tevens willen genoemde leden een tweeminutendebat aanvragen waarin het ontwerpbesluit verder aan de orde kan worden gesteld en moties ingediend kunnen worden.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1850.

De aanvullende vragen van de leden van de Groep van Haga aan de Minister betreffen de te verwachte ontwikkelingen in het najaar. De reden voor het verlengen van maatregelen, inclusief het DCC, is dat het totaal onduidelijk zou zijn wat er dit najaar gaat gebeuren. Weet de Minister al meer over mogelijk te verwachten mutaties van het coronavirus? Is gezien het RIVM-onderzoek naar nieuwe varianten – te lezen op de RIVM-website (Varianten van het coronavirus SARS-CoV-2) – al enigszins aan te geven wat we qua mutaties kunnen verwachten in het najaar? Hoe zit het met de kans dat corona pandemische proporties zou gaan aannemen gezien het feit dat bijna iedereen antistoffen heeft opgebouwd? Gezien de besmettelijkheid van de omikronvariant is wellicht een groot deel van de Nederlandse bevolking ermee in aanraking geweest en zijn er op grote schaal antistoffen opgebouwd. Kan de Minister de meest recente gegevens daarover met de Kamer delen?

In de stukken over het RIVM-advies lezen genoemde leden dat er nog sprake zou zijn van een epidemie. De Minister vraagt bijvoorbeeld aan het RIVM: «Kunt u reflecteren op de noodzaak tot het voorlopig handhaven van de mondkapjesplicht met inachtneming van de huidige epidemiologische situatie?» Kan de Minister aan de hand van cijfers uitleggen hoe ernstig de epidemie momenteel is?

Op de website van de GGD GHOR is te lezen dat de polymerase chain reaction (pcr)-test gegevens maximaal vijf jaar worden bewaard. Daarna worden ze vernietigd of anoniem gemaakt. De gegevens over de pcr-testen zijn belangrijk onderzoeksmateriaal voor de waarheidsvinding. Bijvoorbeeld over de vraag bij welke grenswaarde iemand een positieve testuitslag kreeg. Kan de Minister het bericht ontkrachten dat deze gegevens na een jaar worden vernietigd? Indien er al pcr-testmateriaal wordt vernietigd, op welke schaal gebeurt dit en met welke reden? Kan de Minister garanderen dat het pcr-test materiaal in ieder geval tien jaar behouden blijft?

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Nu het commissiedebat over de ontwikkelingen rond corona is omgezet in een schriftelijk overleg, maken de leden van de JA21-fractie van de gelegenheid gebruik om de volgende inbreng te leveren.

Volgens het kabinet leven we nog altijd in een corona-epidemie. Historici van de toekomst mogen ooit bepalen wanneer de endemische fase is ingegaan. Onvoorstelbaar. Maar deze leden beseffen dat het geen enkele zin heeft om de Minister te vragen of dat beeld kan worden bijgesteld. Vanuit het perspectief dat het nu droog lijkt te worden, maar dat het ooit weer gaat regenen, sorteert het kabinet voor op de volgende virusvarianten. Daarbij hoort hardnekkig volhouden dat we ook nu nog in een epidemie leven. Gelukkig heeft de Eerste Kamer de eindeloze reeks verlengingen van de coronawet een halt toegeeroepen.

Liever dan het kabinet met paraplu's te zien leuren, zien de leden van de JA21-fractie dat het dak wordt gerepareerd nu de zon schijnt. De Minister waarschuwt voor een zogenaamde najaarsgolf. Dan is het in ieder geval hoog tijd om eindelijk de gebrekkige ic-capaciteit op orde te brengen. In vergelijking met vergelijkbare landen mag duidelijk zijn dat Nederland te laag scoort. Genoemde leden hebben keer op keer aangedrongen om hierin verbetering te krijgen en grijpen dit schriftelijk overleg aan om dat weer te doen. Een één-op-één vergelijking met cijfers van andere landen is te kort door de bocht. Dat is helder.

Maar aan de andere kant is het te gemakkelijk als wordt verscholen achter verschillen in de invulling van ziekenhuiszorg en verschillen in de definitie van ic-capaciteit. Het tekort van Nederland aan basale ic-capaciteit gaat ons ongetwijfeld opnieuw opbreken wanneer deze capaciteit vroeg of laat op de proef wordt gesteld. Wat genoemde leden niet heeft overtuigd en ook niet gaat overtuigen, is de veronderstelling dat uitbouwen van ic-capaciteit investeren is in overcapaciteit. Voor deze leden is investeren nodig om de achterstand in te lopen. Die achterstand bestaat. Zij zien het dan ook als verplichting om deze inherente kwetsbaarheid in onze ziekenhuiszorg weg te nemen. Enkele vragen hierover.

Onderkent de Minister de noodzaak om de ic-capaciteit structureel naar een hoger niveau te tillen, zowel wat betreft het aantal bedden als wat het aantal beschikbare en opgeleide gekwalificeerde verpleegkundigen aangaat? Zo nee, hoe verantwoordt de Minister dit tegenover de aanmerkelijk hogere ic-capaciteit in omliggende landen? Wat heeft de Minister ondernomen om eraan bij te dragen dat ziekenhuizen de ic-capaciteit naar een hoger niveau tillen? Wat heeft de Minister in het werk gesteld om ziekenhuizen te ondersteunen in het opleiden van personeel voor de ic-afdelingen? De leden van de JA21-fractie krijgen graag een overzicht waarin de inspanningen staan benoemd. Bij welke ziekenhuizen en in welke regio's doen zich met name (potentiële) knelpunten voor met betrekking tot de ic-capaciteit? Wat zijn de voorde-lingen om concentratie van zorg te organiseren voor patiënten die dezelfde soort ziekenhuiszorg en ic-zorg nodig hebben in het onverhoopte geval van een virusuitbraak die een groot beroep zal doen op ziekenhuiszorg? Kan de Minister een overzicht geven met acties die in gang zijn gezet om ervoor te zorgen dat patiënten in een situatie waarin dat nodig is geclusterde ziekenhuiszorg en ic-zorg kunnen krijgen?

Nederland kampt met een enorm overschot aan vaccins. Vanaf deze week raken 3,5 miljoen doses over de datum. Enkele vragen hierover. Ligt het in de rede dat alle elf miljoen ongebruikte doses vaccins komende maanden moeten worden vernietigd? Lukt het om afspraken over donaties te maken met andere landen, of is dat een theoretische optie? Kan de Minister garanderen dat de wijze van vernietigen in geen enkel geval gevaar oplevert voor de volksgezondheid, dit met het oog op de constatering in de media dat de vloeistoffen overigens niet onbehandeld in het riool verdwijnen?

Vervolgens het EU DCC. Tijdens de EU Gezondheidsraad heeft de Minister andere lidstaten opgeroepen het EU DCC alleen in te zetten wanneer dit proportioneel en noodzakelijk is. Genoemde leden wijzen erop dat de verordening inzake het EU DCC lidstaten in geen enkel opzicht verplicht tot het beperken van het vrije personenverkeer. Twee vragen aan de Minister. Waarom heeft de Minister niet opgeroepen tot het onmiddellijk en volledig stopzetten van het EU DCC? Wat is tijdens de EU Gezondheidsraad verder besproken over dit digitaal coronapaspoort? Tot zover de schriftelijke inbreng van de leden van de JA21-fractie.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de agenda en bijhorende stukken inzake de ontwikkelingen rondom het coronavirus en heeft daarbij een aantal opmerkingen en vragen. Zij vraagt of de Minister een update kan geven over de stand van zaken als het gaat om het verbeteren van de ventilatie in scholen. Genoemd lid vindt het van groot belang dat we er nu alles aan doen om leerlingen in het najaar naar school te laten gaan, ook als er weer veel besmettingen komen. Hebben de scholen de middelen om dit serieus op te pakken? Kan de Minister

aangeven hoe het kabinet daarbij ondersteunt? In het verlengde daarvan: hoe gaat de Minister de op 31 mei jongstleden aangenomen motie van de leden Van Haga en Agema¹³ over het krachtig bevorderen van ventilatiemaatregelen uitvoeren?

Het lid van de BBB-fractie wil nogmaals aandacht vragen voor de problematiek omtrent Long COVID. Genoemd lid vindt het van groot belang dat zo snel mogelijk duidelijkheid komt over de achtergronden van Long COVID: onderzoeken die nu naar buiten komen spreken elkaar vaak tegen. Dit is funest voor de aanpak van Long COVID. Kan de Minister hier een rol in spelen? Wat vindt de Minister van het idee om Multidisciplinaire Long COVID -klinieken in het leven te roepen die gericht zijn op onderzoek en behandeling? Genoemd lid denkt dat er al veel kostbare tijd verloren is gegaan en dat de Minister nu beter in kan zetten op een goede gedegen aanpak. Wat de achterliggende oorzaak van Long COVID ook is: vele tienduizenden mensen hebben langdurige klachten en kunnen niet meer deelnemen aan het arbeidsproces. Wat het lid van de BBB-fractie betreft moet een gedegen aanpak komen en is het funest als er geen duidelijke richtlijnen en behandelingen zijn voor deze mensen. Hierbij kan ook gekeken worden naar internationale samenwerking. Landen als Amerika en Engeland zijn hier al wat verder in. Welke stappen zet de Minister om dit internationaal op te pakken? Hoe staat het met de aanpak van de problematiek van deze patiënten?

Genoemd lid wil graag weten welke biomedische onderzoeken op dit moment in Nederland lopen naar Long COVID. Klopt het dat Nederland nauwelijks budget heeft voor biomedisch onderzoek en dat we vooral afhankelijk zijn van buitenlands onderzoek? Voorts maakt zij zich zorgen over de afhandeling van Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)-aanvragen voor de groep Long COVID-patiënten. Het lijkt deze patiënten hetzelfde te vergaan als mensen met ME. Dat wil zeggen, dat ze vaak niet serieus genomen worden en dat er geen eenduidigheid is vanuit het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Kan de Minister aangeven wat de richtlijn voor het UWV-personeel nu is? Verder heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport een subsidieregeling in het leven geroepen waardoor mensen met Long COVID langer in dienst kunnen blijven bij hun werkgever (na de ziekteperiode van twee jaar). Kan de Minister aangeven hoeveel aanvragen hiervoor zijn gedaan? Kent de Minister het signaal dat een beroep op deze regeling niet meer mogelijk is als er al een WIA-aanvraag ligt? Hoe zinvol is de regeling dan, daar het aanvragen van WIA een lang voortraject kent? Kan de Minister ervoor zorgen dat de aanvraag voor een WIA-uitkering dan on hold gaat?

Het lid van de BBB-fractie maakt uit de beantwoording van Kamervragen van het lid Omtzigt op dat de Minister de aansprakelijkheid voor Long COVID bij personeel uit de zorg doorschuift naar de werkgever. Vanuit de Arbowet moet men immers zorgen voor een veilige werkomgeving. Het lid van de BBB-fractie vindt dit wel erg makkelijk en wijst erop dat er in tijden van een pandemie, en dus een landelijke crisis, gehandeld wordt vanuit de richtlijnen die de rijksoverheid opstelt. Ook heeft de vorige Minister een werkgever die zelf persoonlijke beschermingsmiddelen inkoopt voor zijn personeel openlijk aan de schandpaal genageld. Genoemd lid is van mening dat hier ernstige inschattingfouten zijn gemaakt en vraagt de Minister nogmaals om dit correct af te handelen met de mensen die in de beginfase van de COVID-19 pandemie onbeschermd moesten werken en daarbij Long COVID opliepen. Een deel van deze mensen zit nu al in de WIA met alle consequenties van dien.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1848.

Genoemd lid maakt zich verder zorgen over de druk op de zorg in het najaar, mocht het inderdaad zo zijn dat er dan weer veel COVID-19 besmettingen zullen zijn. In het verslag van de EU Gezondheidsraad staat dat er een verhoogd aantal TBC- en HIV-besmettingen is als gevolg van de vluchtelingenstroom uit Oekraïne. Kan de Minister de Kamer informeren over hoe de situatie in Nederland is? Welke extra druk op de zorg is er vanuit de vluchtelingenstroom? Kan de Minister toelichten hoe deze extra druk opgevangen moet worden? Uit de lange termijn visie op COVID-19 maakt het lid van de BBB-fractie niet op hoe er gewerkt wordt aan meer capaciteit voor de zorg. Daarbij wil zij benadrukken dat het hier niet alleen gaat om bijvoorbeeld ic-capaciteit. Ook de huisartsen hebben het zwaar als gevolg van hoge lastendruk, steeds meer taken en ook COVID-19. Genoemd lid heeft de indruk dat de zorg niet klaar is voor een eventuele nieuwe golf aan besmettingen.

Het lid van de BBB-fractie vindt de aanpassing van de Wpg, artikel 6ba lid 6 op dit moment onnodig. Het lid betreurt dat de Europese Commissie voornemens is om het DCC te verlengen. Zij ziet niet in hoe het DCC het vrij verkeer van personen zou bevorderen en vindt bovendien dat het schijnveiligheid biedt daar gevaccineerde personen wel degelijk besmet kunnen zijn. In deze fase van de pandemie lijkt het bovendien niet proportioneel.

Ten slotte heeft zij nog wat vragen over de nieuw te sluiten contracten met vaccinleveranciers. In de eerste contracten die Pfizer heeft afgesloten, deed Pfizer afstand van alle aansprakelijkheid voor eventuele bijwerkingen van de vaccins. Het lid van de BBB-fractie wil graag weten of dit nu wel onderwerp van de onderhandeling zal zijn of dat er weer sprake van een volledige vrijwaring voor de vaccinfabrikanten is. Verder schrijft de Minister dat de nieuwe contracten vooral gericht zijn op leveringszekerheid. Op dit moment heeft Nederland een overschot van 3,5 miljoen doses die naar verwachting voor een groot deel weggegooid zullen moeten worden¹⁴. Wat is de inzet van de Minister bij de onderhandelingen? Wordt er ook rekening mee gehouden dat de vaccinatiebereidheid afneemt naarmate COVID-19 ontwikkelt naar een mildere vorm? Hoe voorkomt de Minister nogmaals een dergelijke verspilling van vaccins?

Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft kennisgenomen van de Kamerbrieven over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Het genoemde lid heeft nog een aantal vragen. Voor de meeste van ons lijkt het alsof het coronavirus is verdwenen, maar voor een groep kwetsbaren die vanwege een medische aandoening in isolatie moet verblijven, is het omgaan met corona nog een dagelijkse realiteit. In de verzamelbrief COVID-19 leest het lid van de fractie Den Haan dat het medicijn Evusheld in de loop van juni beschikbaar zal zijn. Klopt het dat er tienduizend doses besteld zijn? Waarom is er niet meer besteld? Hoe zal de verdeling van dit schaarse medicijn onder de groep immuungecompromitteerden verlopen? Verder geeft de Minister aan dat voor de medicijnen Paxlovid en Lagevrio de Europese procedure voor aankoop nog loopt. Kan de Minister iets zeggen over de voortgang van deze procedures?

De Minister schrijft ook in de verzamelbrief dat hij het onwenselijk vindt dat de overheid centraal COVID-behandelingen moet inkopen. Hij wil daarom terugkeren naar de gebruikelijke route van marktintroductie van nieuwe geneesmiddelen in Nederland. Het lid van de fractie Den Haan wil graag van de Minister weten hoe hij op deze manier kan garanderen dat

¹⁴ Brabants dagblad, 1 juni 2022, «Ruim miljoen coronaprikken de prullenbak in...».

benodigde COVID-behandelingen tijdig beschikbaar zijn bij een eventuele nieuwe uitbraak.

In de kamerbrief over het RIVM-advies inzake een herhaalprik, leest genoemd lid dat er geen vaccinatieronde voor herhaalprikken wordt georganiseerd. Tegelijkertijd is het niet uitgesloten dat er op korte termijn een nieuwe uitbraak kan ontstaan van een virus dat gevaarlijker is dan de huidige variant. Zijn mensen dan op tijd weer voldoende beschermd? In het rondetafelgesprek Lange termijn coronabeleid gaven deskundigen immers aan dat na de zomer gestart zou moeten worden met een boostercampagne.

Eerder gaf de Minister aan dat hij FFP2-maskers gratis beschikbaar zal stellen aan mensen met een kwetsbare gezondheid. Het lid van de fractie Den Haan wil graag weten wanneer deze maskers worden toegevoegd aan de maandelijkse persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)-pakketten zodat mensen met een kwetsbare gezondheid hier gebruik van kunnen maken.

De Minister schrijft in de verzamelbrief dat het voor mensen met een kwetsbare gezondheid moeilijk kan zijn dat coronamaatregelen worden afgeschaald. In publiekscommunicatie wordt opgeroepen om begrip te hebben voor mensen die zich aan de adviezen willen houden. Het genoemde lid wil van de Minister weten of onder mensen met een kwetsbare gezondheid wordt onderzocht of deze publiekscommunicatie werkt. Ervaren zij dat mensen rekening met hen houden en voelen zij zich daardoor veiliger?

In de laatste verzamelbrief (Kamerstuk 25 295, nr. 1869) is weinig te lezen over de pandemische paraatheid op dit moment. Het lid van de fractie Den Haan wil graag weten of het veld klaar is om meteen op te schalen op het moment dat dat nodig is. Immers, de worst case scenario's zijn niet of nauwelijks uitgewerkt.

Vragen en opmerkingen van het lid Omtzigt

Het lid Omtzigt bekijkt met verbazing de voorbereiding van de Minister voor corona dit najaar. Meer dan twee jaar na het begin van de coronapandemie is er geen wettelijk kader, geen kader dat de grondrechten beschermt, om toe te passen bij een eventuele variant of concern in een volgende fase. Genoemd lid merkt op dat Nederland zich in verschillende fases van de crisis heeft laten verrassen: bij de eerste uitbraak – terwijl de situatie in China en later Italië bekend was. Bij de tweede golf in het najaar van 2020, waarop Nederland onvoorbereid was. En wederom in december 2021 toen het als enige land een lockdown afkondigde, die natuurlijk grote maatschappelijke en financiële kosten had.

Toch lijken we niet te leren en de Minister geeft aan dat het wettelijk kader niet op tijd af is. Toch kan het vervallen van de tijdelijke wet niet als een verrassing gekomen zijn. Het lid Omtzigt merkt op dat het normaal zou zijn geweest om na de noodverordeningen en de tijdelijke noodwet, meer permanente zaken in de Wpg te regelen en die te voorzien van fatsoenlijke waarborgen van grondrechten. Immers is de afgelopen twee jaren veel te gemakkelijk gegrepen naar ingrijpende maatregelen zoals lockdowns en vaccinatiebewijzen, terwijl veel minder ingrijpende maatregelen (bijvoorbeeld ventilatie, gedragsmaatregelen in ziekenhuizen en andere plekken waar andere groepen bij elkaar komen) niet van de grond kwamen.

Genoemd lid nodigt de Minister dan ook uit om het wetgevingsproces rond de Wpg te versnellen en al voor de zomer een wetsvoorstel in te dienen, zodat de Tweede Kamer de behandeling daarvan ter hand kan nemen. Hij is ook bereid om hier in het zomerreces aan door te werken, omdat hij beseft dat zonder wettelijk kader veel zwaardere maatregelen ingezet worden bij een volgende golf, de burgerrechten wederom vergaand ingeperkt worden en meer. Is de Minister daartoe bereid?

In het vervolg hiervan heeft genoemd lid een aantal aanvullende vragen die hierop zien: de vroegsignalering lijkt niet op orde, zodat pas laat duidelijk wordt dat er maatregelen genomen worden. De mogelijkheden voor een boostercampagne voor zeg, kwetsbaren en ouderen moeten helder zijn en klaar liggen. En tegelijkertijd zien we nog steeds oversterfte in Nederland en dat is verwonderlijk omdat op een periode van oversterfte meestal een periode van ondersterfte volgt omdat de meest kwetsbaren hard getroffen worden in een epidemie of pandemie. Onderzoek naar de precieze oorzaken van oversterfte is dan ook gewenst.

In de brief van de Minister¹⁵ staat: «Dat laat onverlet dat zodra de epidemiologische situatie verandert en een nieuwe herhaalprik nodig blijkt, de uitvoering hiervan is voorbereid. Er liggen voor verschillende scenario's uitvoeringsplannen klaar om snel te kunnen starten met een vaccinatiecampagne als de situatie daar om vraagt». Het OMT schrijft in haar advies revaccinatie dat op dit moment nog geen derde booster hoeft te worden gezet, vanwege de epidemiologische situatie en de aangeboden herhaalprikken (waar ongeveer 40% van de uitgenodigde groep gebruik van heeft gemaakt). Gegeven dat het waarschijnlijk is dat de epidemiologische situatie verslechtert vanaf het najaar, vanaf wanneer kan de nieuwe boosterronde van start? Is er een scenario uitgewerkt waarin nu al besloten kan worden om vanaf eind september/begin oktober te beginnen met vaccineren? Aangezien de GGD zelf aangeeft dat ze zo'n drie weken nodig hebben om op te schalen naar 500.000 prikken per week en nog eens drie weken om op te schalen naar 1.500.000 miljoen prikken per week: hoe gaat de Minister waarborgen dat we de chaotische boostercampagne van afgelopen jaar gaan voorkomen?

Heeft de Minister inzicht in welke vaccinaties gebruikt kunnen worden op dat moment? Is het aannemelijk dat nieuwe vaccins, speciaal gemaakt voor de omikronvariant, ingezet kunnen worden? Kan de Minister het beschikbaar draaiboek (de samenvatting van een pagina) geven over wat er mogelijk is in het najaar? Is de Minister van plan om in het najaar breed de beschikking te hebben over antivirale middelen zoals Evusheld, dat positieve effecten oplevert tegen ernstige uitkomsten bij infectie met de omikronvariant¹⁶? In welke mate zullen de middelen Paxlovid en Lagevrio beschikbaar zijn in het najaar van 2022 (die via de Europese centrale procedure worden ingekocht)?

De Minister geeft in zijn laatste kamerbrief aan dat hij wil dat de markt (ziekenhuizen en groothandels) zelf geneesmiddelen inkopen. Echter, deze middelen worden ingezet als pre-exposure prophylaxis (Evusheld) of post exposure prophylaxis (Paxlovid en Lagevrio), waarbij de post exposure middelen zo kort mogelijk na infectie moeten worden toegediend. Is de Minister van plan om het gebruik van deze middelen centraal te coördineren, in te kopen, en te verdelen via bijvoorbeeld de eerste lijn of de apotheken, aangezien het nut van deze middelen alleen wordt behaald

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1843.

¹⁶ MedRxiv, 29 mei 2022, «Tixagevimab/Cilgavimab for Prevention of COVID-19 during the Omicron Surge: Retrospective Analysis of National VA Electronic Data» (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.28.22275716v1>).

wanneer ze kort na infectie worden ingenomen? Indien niet, op welke manier stimuleert hij de groothandel dan om deze middelen op voorraad te hebben voor het najaar?

Het lid Omtzigt zou graag een vergelijking zien van hoe de ventilatie op scholen en in publieke gebouwen op orde is in Nederland en in Vlaanderen. Wat zijn de plannen voor scholen en zal de zomervakantie benut worden om aanpassingen in lokalen te plagen of niet?

De Minister geeft aan dat de vroegsurveillance nu bestaat uit rioolwater-surveillance, Nivel-peilstations, infectieradar, sequencing en internationale duidingen. In eerdere brieven werd aangegeven dat het aantal Nivel-peilstations wordt opgeschaald tot 300 en dat Infectieradar mogelijk wordt uitgebreid tot een grotere groep respondenten. In welke mate is dit nu al georganiseerd en is dit tijdig gereed voor het komende najaar? Kan de Minister aangeven hoe hij omgaat met data uit de vroegsurveillance, te weten: wanneer implementeert de Minister welke interventies bij welke signalen uit de vroegsurveillance? Hoe wordt de publiekcommunicatie daarop afgesteld? In de lange termijn strategie die in april met de Kamer is gedeeld, spreekt de Minister bijvoorbeeld ook over bredere modellering, waarbij «meerdere onderliggende modellen» gebruikt worden, en de Minister gaf hierbij aan dat hij met het RIVM in gesprek is om dit mogelijk te maken. Kan hier een update over komen? In hoeverre stelt de Minister het RIVM en andere wetenschappelijke partners in staat om bij te dragen aan meerdere onderliggende modellen?

Het lid Omtzigt ontvangt veel mails van mensen met Long COVID die ervaren dat hun hele leven is veranderd en velen hebben het gevoel aan hun lot te worden overgelaten. Regelmatig is er sprake van een uitzichtloze situatie, zonder verbetering op korte termijn. Daarnaast wordt aangegeven dat zij door specialisten het bos in worden gestuurd, vanwege het onvoldoende beschikken over kennis over (onderliggende) kenmerken en passende zorg. Herkent de Minister dit en hoe zou dit wat de Minister betreft verbeterd kunnen worden? Ter aanvulling, hoe kan volgens de Minister de kennisdeling tussen specialisten en onderzoekers over Long COVID en behandeling ervan verder worden gestimuleerd en gecoördineerd? Meerdere mensen geven aan inmiddels hun baan te zijn verloren door Long COVID. Wat niet meehelpt is dat wanneer iemand Long COVID heeft opgelopen in een werksituatie, dit niet erkent wordt als dienstongeval/beroepsziekte, ook uit angst voor precedentwerking. Het lid Omtzigt is van mening dat de overheid een belangrijke rol heeft in een goed voorbeeld geven als het gaat om ondersteuning bieden aan mensen met Long COVID. Inmiddels hebben duizenden mensen zich gemeld bij C-support. Kan de Minister toelichten wat C-support en vergelijkbare initiatieven concreet voor mensen die Long COVID hebben opgelopen kunnen betekenen? Wat is de reactie van de Minister op de oproep vorige week van C-support tot meer biomedisch onderzoek?

De Minister geeft in de beantwoording aan dat de subsidieregeling, waardoor zorgwerkgevers loondoorbetaling deels gesubsidieerd krijgen, in juni wordt gepubliceerd en het UWV werkgevers in zorg en welzijn die een ontslagaanvraag indienen, attenderen op deze subsidieregeling¹⁷. Betekent dit dat de subsidieregeling vanaf vandaag beschikbaar is en het UWV werkgevers hier vanaf nu op attendeert? Zo nee, vanaf wanneer precies in juni? Hoe gaat de Minister verder aan deze regeling bekendheid geven bij werkgevers? Ook als het gaat om mogelijkheden om met

¹⁷ Antwoord op vragen van het lid Omtzigt over geldende richtlijnen inzake persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan het begin van de coronacrisis en het onderzoek naar Long COVID. Ontvangen op 24 mei 2022. (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2868)

terugwerkende kracht een aanvraag te doen, zodat zolang het loket niet open is er alsnog afspraken kunnen worden gemaakt over loondoorbetaling. Kan de Minister de recent gestelde vragen over de handhavingnormen van de iSWZ tezamen met de antwoorden op dit verslag aan de Kamer doen toekomen?

Het lid Omtzigt is benieuwd naar de voortgang van het onderzoek naar oversterfte. Hij leest met instemming over de samenwerking tussen onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het RIVM.

Genoemd lid vraagt de Minister of hij ervan uit mag gaan dat de onderzoekers de beschikking krijgen over alle beschikbare CBS-data (onder andere data van overlijden), RIVM-data (zoals vaccinatiedata en data dat iemand een positieve test gehad heeft), data van Stichting Dutch Hospital Data (DHD) (zodat comorbiditeiten meegewogen kunnen worden) en VECTIZ-data.

Mag genoemd lid ervan uitgaan dat deze data via anonimisering ook voor de onderzoekers niet herleidbaar is naar specifieke personen en er dus volledig voldaan wordt aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en andere privacy wetten? Kan de Minister dat bevestigen?

Het lid Omtzigt heeft met enige zorg kennisgenomen van de notulen¹⁸ van de derde bijeenkomst van de klankbordgroep Onderzoek oversterfte 2020–2021, ingesteld door ZonMw. Genoemd lid vraagt om verheldering, want een data-onderzoek waar data niet beschikbaar en dus niet alle hypothesen goed getest kunnen worden, is niet de bedoeling. Is de Minister in staat om het onderzoek te doen over 2020 en 2021 en door te zetten, aangezien de oversterfte helaas eind november 2021 nog niet teruggekeerd was naar normale waarden? Het Lid Omtzigt zal hier aandacht voor blijven vragen. Een oversterfte van meer dan 30.000 mensen zou topprioriteit moeten zijn in de publieke gezondheidszorg. Indien de redenen daarvan goed in kaart gebracht kunnen worden, heeft dat gevolgen voor het beleid en hoe we de bevolking in Nederland gezond en levend kunnen houden.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Zij danken de Minister voor de stand van zaken met betrekking tot het coronavirus en de ontwikkelingen op dit gebied. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen.

Allereerst zijn zij blij te lezen dat er opschaalbare capaciteit voor vaccineren, (zelf)testen en medicatie klaarstaat. Genoemde leden zijn wel benieuwd hoe snel dit ingezet kan worden en op welke schaal. Is hier ook rekening gehouden met een eventuele grootschalige vaccinatiecampagne of enkel voor booster- en herhaalprikken? Kan de Minister aangeven welke Europese landen op dit moment vaccinatierondes voorbereiden? Tevens vragen deze leden wat de stand van zaken is met betrekking tot de vaccinatiestrategie voor de lange termijn waar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Gemeentelijke Gezondheidsdienst en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland) en andere betrokken partijen samen met het kabinet aan werkt.

¹⁸ ZonMw, «Onderzoek naar redenen en oorzaken van oversterfte in de coronacrisis – Samenvatting van de voorzitter over de derde vergadering».

Voor de meeste mensen is het goed mogelijk om zelftesten zelf aan te schaffen omdat deze voor een redelijke prijs beschikbaar zijn. Het kabinet kan ervoor kiezen, zoals in de brief van 1 april jl.¹⁹ aangekondigd, om zelftesten kosteloos en laagdrempelig te verspreiden onder bepaalde groepen. Voor specifieke doelgroepen waarvoor zelftesten niet een vanzelfsprekende optie is, is het mogelijk om een professioneel afgenomen test bij de GGD te doen. Dit geldt bijvoorbeeld voor inwoners van verpleeghuizen of andere instellingen met kwetsbare personen en voor zorgmedewerkers. Hiertoe houdt de GGD een basistestcapaciteit beschikbaar. Deze basiscapaciteit geeft ook de mogelijkheid tot beperkte opschaling indien nodig. Op een deel van de positieve PCR-testen wordt nadere variantanalyse gedaan ten behoeve van het zicht op de opkomst en verspreiding van nieuwe varianten. Grootschalige opschaling van PCR-testen voor de gehele bevolking is alleen nodig als er een variant komt waarbij de antigeen(zelf)testen onvoldoende betrouwbaar zijn, terwijl de besmettingen en druk op de zorg onverhoopt toch weer oplopen. In ieder geval tot in februari 2023 houden de GGD'en rekening met dit scenario en zijn er afspraken gemaakt over de opschalings-snelheid. De GGD'en bereiden zich voor om vanuit een risicogerichte testcapaciteit per regio binnen twee weken de testcapaciteit op te schalen naar 15.000 per dag en in de vijf weken daarna naar een testcapaciteit van 100.000 per dag.

Voor het uitvoeren van eventuele nieuwe vaccinatiecampagnes in het najaar heeft het RIVM samen met de GGD'en en andere uitvoerders uitvoeringsplannen opgesteld. De uitvoeringsplannen voor een mogelijke planbare vaccinatiecampagne in het najaar liggen klaar en zijn afgestemd met uitvoeringpartners. Bij een positief besluit over een volgende vaccinatieronde kunnen deze plannen direct ingezet worden. Er is een basisscenario opgesteld waarbij in ieder geval de meest kwetsbare groepen, die in maart 2022 in aanmerking zijn gekomen voor een herhaalprik, ook in het najaar een herhaalprik aangeboden krijgen. Er wordt er ook rekening gehouden met een scenario waarin deze campagne moet worden opgeschaald omdat ook de griepgroep of de hele bevolking (12-plus) wordt toegevoegd aan de doelgroep voor een dergelijke campagne. Daarnaast werkt het RIVM momenteel met meerdere uitvoeringpartners aan een nooduitvoeringsplan om – bij een plotselinge ernstige opleving van SARS-CoV-2 – in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking te kunnen vaccineren. Dit uitvoeringsplan zal naar verwachting eind juni gereed zijn.

Voor de eerste twee scenario's bereiden de GGD'en zich voor om vanuit een basiscapaciteit van 300.000 prikken per week in drie weken op te schalen naar een capaciteit van 500.000 prikken per week en in de drie weken daarna naar een capaciteit van 1,5 miljoen prikken per week. Voor zowel testen als vaccineren geldt dat het vinden van voldoende personeel in een open samenleving een uitdaging blijft. Voor het nooduitvoeringsplan, waarin in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking gevaccineerd moet kunnen worden, zal meer nodig zijn dan enkel de inzet van de GGD'en. Daarom wordt er voor dit nooduitvoeringsplan ook gekeken naar wat nodig is om sneller op te schalen en hoe voor het vaccineren een beroep gedaan kan worden op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuispersoneel en huisartsen.

Over het aanbieden van een volgende herhaalprik laat ik mij adviseren door het RIVM en zijn «expertteam COVID-19-vaccinaties». Het RIVM heeft een responsteam ingericht dat elke twee weken de noodzaak voor revaccinatie in relatie tot de epidemiologische situatie duidt. Op basis

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

hiervan maakt het RIVM een inschatting van de noodzaak om een herhaalprik te overwegen. Indien nodig kan diezelfde week door het «expertteam COVID-19-vaccinaties» geadviseerd worden over de inzet van een herhaalprik, al dan niet voor specifieke doelgroepen of voor de hele bevolking. Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl.²⁰ heb aangegeven houden we er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn. Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden. Landen als België en Duitsland werken, net als Nederland, aan verschillende scenario's met betrekking tot de vaccinatiestrategie. De komende tijd blijft het ministerie in contact met verschillende omliggende landen om strategieën en plannen met elkaar te delen.

Voor geneesmiddelen geldt dat ik heb aangegeven de Corona Crisis-voorraad (CCV) van essentiële IC-geneesmiddelen een jaar langer, tot het einde van 2023, aan te willen houden. Ik heb al enkele COVID-behandelingen aangekocht en ben daarnaast ook bezig met de aankoop van enkele andere COVID-behandelingen. Ik ben bereid om aanvullende aankopen te doen. Hierbij wil ik wel de kanttekening plaatsen dat we hebben gezien dat behandelingen soms minder of niet werkzaam zijn tegen nieuwe varianten. Dit betekent dat ik hier in de aankoopstrategie rekening mee zal houden.

Ook zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat een Outbreak Management Team (OMT) en een Maatschappelijk Impact Team (MIT) tot een goede, eenduidige aanpak kunnen komen, ook wanneer hun adviezen lijnrecht tegenover elkaar staan. Hoe is de Minister van plan om te gaan met duidelijke verschillen tussen OMT- en MIT-adviezen? Hoe ziet de Minister de positionering van het OMT en het MIT naast elkaar? Kan de Minister aangeven of hij overweegt om de adviezen aan elkaar te laten verbinden, zoals het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) bij de OMT-adviezen? Welke disciplines vindt de Minister dat plaats moeten hebben in een OMT/MIT?

Beide adviezen zal het kabinet betrekken bij de besluitvorming. Daarbij houdt het kabinet de twee doelen van de langetermijnaanpak COVID-19 scherp voor ogen. Het is aan het kabinet om de MIT- en OMT-adviezen integraal te wegen. Wij zullen altijd streven naar een optimaal resultaat voor iedereen, maar het zijn moeilijke keuzes geweest in het verleden en dat zal in de toekomst niet anders zijn, mochten we weer met een sterke en ziekmakendere opleving te maken krijgen. Uiteindelijk is de keuze voor het wel of niet inzetten van verplichte maatregelen een politiek besluit.

Het is voor het kabinet van belang dat MIT-advisering op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is. Het MIT staat naast het OMT en zal daarom, in crisissituaties, parallel functioneren aan het OMT. Het MIT zal in ieder geval ten tijde van besluitvorming over maatregelen gevraagd worden te adviseren over de maatschappelijke impact hiervan, gelijk met de OMT-advisering. Het advies van het MIT wordt gedeeld met Tweede Kamer (in lijn met OMT-adviezen). Ook zal de voorzitter van het MIT in het besluitvormingsproces zoveel mogelijk parallel optreden aan de voorzitter van het OMT.

De adviesaanvragen aan het OMT en MIT zullen hetzelfde voorstel bevatten, maar zullen gericht zijn op een andere expertise. De gelijklopendheid is belangrijk zodat de adviezen daarna zo goed mogelijk kunnen worden gewogen. Het OMT en het MIT versturen hun definitieve adviezen

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

aan de betreffende ministeries (resp. VWS en SZW). Daarnaast wordt aan diverse partijen, waaronder de GGD'en, gevraagd een uitvoeringsadvies te geven op het voorgestelde maatregelenpakket. Op het OMT-advies volgt nog een bespreking door het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO), dat de taak heeft om het OMT-advies op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid te beoordelen.

Het kabinet beoogt een samenstelling van het MIT op basis van ervaring en expertise zodat in het MIT actuele (wetenschappelijke) informatie en vakkennis aanwezig is. Verschillende sociaalmaatschappelijke en economische invalshoeken zullen van belang zijn. Tot nu toe zijn de impact van het coronabeleid op de economie, kwetsbaren, jongeren en mentaal welzijn in het algemeen, en het voorkomen van permanente schade op de lange termijn relevante sociaalmaatschappelijke en economische aspecten gebleken. De samenstelling van het MIT wordt bepaald in samenspraak met de kwartiermaker, externe experts en het Ministerie van SZW.

Het is aan de voorzitter van het OMT om te zorgen dat het OMT de expertise in huis heeft om te kunnen adviseren over de epidemiologische aspecten van de bestrijding van COVID-19.

Genoemde leden vinden het belangrijk dat we goed zicht houden op het virus en zij zijn blij te lezen dat de overheid inzet op stevige monitoring, maar zijn wel benieuwd hoe goed het zicht op virus momenteel is nu het grootschalige testen niet meer nodig is. Op welke manier wordt nu bijgehouden in welke leeftijdsgroepen de besmettingen voorkomen en welke varianten rondgaan wanneer dit niet naar voren komt bij bijvoorbeeld rioolwatersurveillance? Hoe gaat de Minister erop toezien dat de experts het zicht op het virus niet kwijtraken?

Om zicht te houden op het virus, houden we een groot aantal zaken in de gaten waarvoor verschillende monitoringsinstrumenten ingezet worden. Deze mix van instrumenten wordt afgestemd op de veranderende omstandigheden om een zo goed mogelijk beeld van de verspreiding van het virus onder de bevolking te behouden. We proberen nieuwe varianten en oplevingen zo vroeg mogelijk te signaleren met instrumenten als kiemsurveillance, Infectieradar, rioolwatersurveillance en Nivel-peilstations. Via onder andere Infectieradar kan ook zicht gehouden worden op het aantal positieve meldingen in specifieke leeftijdsgroepen.

Naast deze vroegsignalering houden we zicht op de ernst van het virus, de druk op de zorg en de immuniteit van de bevolking door bijvoorbeeld te kijken naar het aantal IC- en ziekenhuisopnames, uitgestelde zorg en het doen van serologisch onderzoek. Gezamenlijk geven al deze monitoringsinstrumenten een goed beeld van de epidemiologische situatie.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de toezegging aan het lid Tielen tijdens het commissiedebat over de Ontwikkelingen rondom het coronavirus op 19 april jl. om onderzoek te doen naar het toch doorzetten van de Coronamelder en het meldportaal voor zelftesten?

Naar aanleiding van mijn toezegging aan het lid Tielen heb ik de Taskforce Digitale Ondersteuning Bestrijding COVID-19 (DOBC) en de Taskforce Gedragswetenschappen gevraagd om mij te adviseren over of het zinvol en proportioneel is om – bij een opleving van het virus – CoronaMelder in combinatie met zelftesten weer in te zetten. Hierdoor zou de app (los van het bron- en contactonderzoek bij de GGD) ook als middel kunnen worden ingezet om zelf onbekende contacten te notificeren in geval een positieve (zelf)test. Ik heb de Taskforces hierbij gevraagd wat de mogelijkheden en

risico's of bezwaren zijn om dit te doen, zowel op epidemiologisch, communicatief en technisch vlak, als ook op het gebied van privacy en security. Ik verwacht uw Kamer voor het reces over dit advies te kunnen informeren.

Wat is op dit moment de status van de inhaalzorg? Welk plan van aanpak met bijbehorende termijn ligt hiervoor klaar en wat is daar aanvullend voor nodig? Kan de Minister aangeven hoe zelfstandige klinieken kunnen helpen met de inhaalzorg wanneer sommige klinieken aangeven nu al aan het zorgkostenplafond zitten? Op welke manier worden patiënten die op hun behandeling wachten op de hoogte gehouden van de vorderingen van hun wachtproces? In hoeverre nemen zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid om wachtlijstbemiddeling toe te passen en is de Minister voornemens om, indien dit niet goed gaat, zorgverzekeraars hierop aan te spreken?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in het «Kader passende inhaalzorg» samen met de betrokken partijen afspraken gemaakt over het opschalen van de zorg en het inhalen van de medisch specialistische zorg. Dit om ervoor te zorgen dat mensen die geconfronteerd zijn met uitstel van zorg weer geholpen kunnen worden, en daarbij regionale verschillen in toegankelijkheid te minimaliseren. De NZa houdt hierop toezicht. Op 1 maart 2022 is een addendum vastgesteld waarin de afspraken herbevestigd worden en sommige op onderdelen aangepast.²¹ De kern van het «Kader passende inhaalzorg» is dat patiënten zo snel mogelijk de passende zorg gaan krijgen die is uitgesteld door de COVID-pandemie. Het gaat om de patiënten die al verwezen waren naar een arts, maar die op een wachtlijst terecht kwamen omdat hun behandeling werd uitgesteld vanwege de COVID-drukke in het ziekenhuis. De ambitie is om de uitgestelde zorg zo snel mogelijk in te halen. Zorgverleners hebben een informatieplicht en moeten patiënten actief informeren over wachttijden en de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor zorgbemiddeling vanuit hun zorgplicht. Het is de keuze van de patiënt of zij hier gebruik van maken.

Uit de meest recente NZa monitor Toegankelijkheid van Zorg van 30 mei jl.²² blijkt dat de ziekenhuizen de planbare zorg de afgelopen weken hebben kunnen opschalen. Tegelijkertijd is het aantal mensen dat wacht op een behandeling in een ziekenhuis in mei vergelijkbaar met april. De productie van de ziekenhuizen is op het niveau van voor de pandemie, maar van een echte inhaalslag van de uitgestelde zorg is geen sprake. Daarom heeft NZa ook aangegeven dat er meer nodig is en heeft extra acties aangekondigd. Ik heb aangegeven hierin een stapsgewijze aanpak te zien:

1. Op dit moment is er geen sprake van een COVID of griepseizoen. Dat betekent dat ziekenhuizen nu maximaal kunnen inzetten om de zorg binnen het ziekenhuis in te halen.
2. Ziekenhuizen kunnen onderling patiënten doorverwijzen en moeten samen goed kijken waar de patiënt het beste elders in de regio geholpen kan worden.
3. Zelfstandige behandelcentra brengen in beeld welke extra capaciteit zij kunnen vrijmaken om uitgestelde zorg te leveren.
4. Laatste stap is dat patiënten naar het buitenland bemiddeld worden voor zorg; dit zal gegeven de specifieke omstandigheden vooral om gevallen op individuele basis gaan.

²¹ Zie: bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1819

²² Zie: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/05/30/planbare-zorg-opgeschaald-en-lichte-daling-ziekteverzuim-heeft-nog-geen-effect-op-wachtlijsten>

In alle gevallen hebben zorgverzekeraars hierin een belangrijke rol waar het gaat zorgbemiddeling.

Ik heb voor de aanpak van uitgestelde zorg in overleg met Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra concrete afspraken gemaakt over op welke wijze patiënten die te lang moeten wachten op zorg geholpen kunnen worden:

- In de komende drie maanden wordt gezamenlijk gewerkt aan een concreet en volledig inzicht – per ziekenhuis en per regio – in de lijst van wachtenden die vanwege uitgestelde zorg te lang op een wachtlijst staan.
- De ziekenhuizen zullen alle patiënten die vanwege uitgestelde zorg te lang op een wachtlijst staan persoonlijk benaderen om te vragen of zij nog willen wachten of door middel van zorgbemiddeling sneller op een andere plek geholpen willen worden.
- Er wordt een centraal landelijk meldpunt ingesteld waar zorgaanbieders, inclusief zelfstandige behandelklinieken, zich kunnen melden als zij te maken hebben met tekorten of overschotten. Dit kan de verzekeraars helpen om hun zorgbemiddeling te versnellen en makkelijker te maken.
- Binnen de regio bestaan al goede samenwerkingsverbanden. Het organiseren van een regionale aanpak is het makkelijkst en voor patiënten de beste en fijnste optie. Zorgbemiddeling over de grenzen van de regio heen – elders in het land of naar het buitenland – blijft mogelijk als een patiënt dat wil en een lokale oplossing niet mogelijk is.

Het testbeleid is gewijzigd en het testen bij de GGD is enkel nog voor specifieke doelgroepen, waaronder inwoners van een verpleeghuis, zij kunnen nog naar een GGD-teststraat. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd hoe in dit testbeleid rekening wordt gehouden met niet-mobiele thuiswonenden. Worden op dit moment ook nog thuisbemonsteringen door GGD'en uitgevoerd?

Niet-mobiele thuiswonenden kunnen in alle regio's thuis bemonsterd worden. In week 23 (6 t/m 12 juni 2022) was de vraag naar thuishtesten laag en zijn er 72 mensen thuis bemonsterd.

Nu mogen lidstaten nog zelf besluiten of en wanneer ze voor herstelbewijzen van een antigeentest gebruikmaken. Genoemde leden zijn benieuwd waarom op Europees niveau niet één lijn wordt getrokken bij de herstelbewijzen op basis van een antigeentest.

Op 23 februari jl. is de gedelegeerde verordening (EU) 2022/25 betreffende de afgifte van herstelcertificaten op basis van snelle antigeentests tot wijziging van verordening (EU) 2021/953 van kracht geworden. Aanleiding was het recordaantal COVID-19-gevallen als gevolg van de zorgwekkende omikronvariant begin dit jaar en de grote vraag naar NAAT-capaciteit in verschillende lidstaten. Voor de afgifte van herstelcertificaten mag alleen gebruik worden gemaakt van antigeentests, als deze zijn opgenomen in de gemeenschappelijke EU-lijst. De mogelijkheid voor lidstaten om antigeentests te gebruiken voor de afgifte van herstelcertificaten wordt gezien als een uitbreiding van het testarsenaal voor een herstelbewijs als daar behoefte aan is en is daarmee facultatief.

Voorts zijn deze leden benieuwd wanneer de procedure voor aankoop van Paxlovid en Lagevrio rond is. Daarnaast zijn zij benieuwd naar een reactie op de uitkomst van recent wetenschappelijk onderzoek dat Evusheld ook in staat is om nieuwe Omicron-varianten BA.4 en BA.5 te neutraliseren.

Op welke manier zullen bovengenoemde middelen in behandelplannen hun plek krijgen?

Zowel voor Paxlovid als Lagevrio geldt dat de onderhandelingen voor aankoop in het eindstadium zitten. Mijn verwachting is dat deze spoedig zullen worden afgerond. Voor alle COVID-medicatie geldt dat de beroeps-groepen zelf bepalen hoe zij de resultaten van wetenschappelijk onderzoek duiden en hoe zij deze geneesmiddelen inzetten of zullen gaan inzetten. Dit geldt dus ook voor de mogelijke werking van Evusheld tegen nieuwe virusvarianten.

Daarnaast kijken de leden van de VVD-fractie uit naar de uitkomsten van het literatuuronderzoek van het RIVM naar de inzet van luchtreinigers. Kan de Minister aangeven of dit voor of na het zomerreces wordt verwacht?

Het RIVM heeft de uitkomsten van het literatuuronderzoek meteen na het zomerreces beschikbaar. Er wordt door TNO een soortgelijk onderzoek afgerond waarvan de resultaten gelijktijdig gepresenteerd worden. Ik zal uw Kamer informeren over de uitkomsten.

Kan de Minister aangeven hoeveel vaccinaties inmiddels zijn gezet met het Novavax-vaccin?

Tot en met zondag 12 juni 2022 zijn er in totaal 1.866 vaccinaties gezet met het Novavax-vaccin. Het ging hierbij om 1.153 eerste vaccinaties en 713 tweede vaccinaties.

Per 19 april jongstleden is het quarantaineadvies komen te vervallen. Het isolatieadvies geldt nog wel. Kan de Minister een toelichting geven waarom de online campagne om mensen te informeren over isolatie bij een positieve (zelf)testuitslag maar loopt tot eind mei 2022? Wat is de reden dat dit geen doorlopende campagne is?

De onlinecampagne loopt ook na mei 2022 door. Voor alle campagnes geldt dat we continu afwegen welke boodschap op welke manier het meest passend is. Voor het blijvend onder de aandacht brengen van het isolatieadvies gebeurt dat maandelijks. Het OMT geeft aan dat het vervallen van het isolatieadvies pas tegen het einde van de transitiefase en het naderen van de endemische fase verantwoord is. Daar is op dit moment (epidemiologisch) nog geen sprake van. Daarom is de campagne ook na mei 2022 verlengd.

Kan de Minister daarnaast aangeven waarom de communicatie over het rekening houden met kwetsbaren minder uitgebreid is dan de communicatie over de herhaalprik? Waarom wordt hier niet evenveel aandacht aan besteed?

Iedere communicatie-opgave kent een eigen doelstelling. Daarbij gaat het er niet om welk onderwerp het meeste aandacht krijgt maar hoe we de doelgroep bereiken met de juiste boodschap.

Voor de herhaalprik geldt dat deze drie maanden na de laatste prik of doorgemaakte besmetting gehaald kan worden. Dat moment is voor iedereen anders waardoor er gedurende een lange periode over gecommuniceerd wordt om iedereen die in aanmerking komt te bereiken.

Daarnaast roept de rijksoverheid op om rekening te houden met de groep mensen met een kwetsbare gezondheid. Deze boodschap is een onderdeel in de algemene communicatie omtrent corona. Ook worden mensen er via een online campagne van bewust gemaakt dat de afschaling van maatregelen consequenties heeft voor kwetsbaren. De

boodschap is: houd rekening met elkaar en geef medisch kwetsbare Nederlanders de ruimte. Dat betekent bijvoorbeeld dat je afstand houdt als iemand daarom vraagt en er respect voor hebt als iemand een mondkapje draagt.

Ook wordt onder andere via de zorgkoepels breed gecommuniceerd dat persoonlijke beschermingsmiddelen – zoals mondkapjes – kosteloos beschikbaar zijn voor mensen die in thuisisolatie zitten vanwege hun kwetsbare gezondheid. En wordt hierover een filmpje gemaakt en via sociale media verspreid, sociale mediaberichten gepost en via de zorgaanbieders rechtstreeks gecommuniceerd met de mensen wie het betreft. Ook wordt via de zorgkoepels gecommuniceerd dat specifieke groepen nog steeds een test kunnen doen bij de GGD en dat voor sociale minima 10 miljoen zelftesten en 10 miljoen mondkapjes beschikbaar zijn. In het kader van de wijkgerichte aanpak zijn nog eens 5,8 miljoen zelftesten en 5,8 miljoen mondkapjes beschikbaar gesteld. Ook worden via apotheken zelftesten verstrekt aan kwetsbaren in thuisisolatie.

De Minister geeft in zijn brief van 17 mei jongstleden aan dat voor verschillende scenario's uitvoeringsplannen klaarliggen om snel te kunnen starten met een vaccinatiecampagne als de situatie daar om vraagt. Kan de Minister aangeven met welke scenario's rekening is gehouden? En wat bedoelt hij precies met snel kunnen starten? Gaat het dan om enkele dagen of dient dan rekening te worden gehouden met weken? Tenslotte zijn deze leden benieuwd naar het plan van de Minister met betrekking tot reboosters. De vorige booster is ongeveer een half jaar geleden en de bescherming neemt dan weer af. Kan de Minister aangeven op welk termijn er zal worden gestart met reboosters?

Voor de antwoorden op vragen over de scenario's waarmee rekening gehouden wordt en de snelheid van opschaling verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1. Ik kan nog niet aangeven op welke termijn er gestart zal worden met een nieuwe campagne. Hierover laat ik mij adviseren door het RIVM, zoals uiteengezet in het antwoord op vraag 1.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie zien een grote discrepantie tussen de waarschuwing van de regering dat corona in het najaar kan oplaaien en de passiviteit als het gaat om het organiseren van structureel meer intensive care (ic)- en ziekenhuiscapaciteit en het bewerkstelligen van de juiste ventilatie in binnenruimtes.

Is de Minister van mening dat we goed voorbereid zijn voor een opleving van corona in de herfst? Zo ja, waarop is dit gebaseerd? Het RIVM geeft aan dat we rekening moeten houden met een opleving van het virus. De Europese Commissie verzoekt de lidstaten hieromtrent onder meer om intensivering en stimulering van vaccinatie. Op welke manier is de Minister van plan dit op te volgen? Is de Minister voornemens nieuwe (booster)vaccinatierondes op te starten? Op wie zal deze vaccinatieronde dan van toepassing zijn? Kan de Minister dit nader toelichten? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet heeft zich, samen met sectoren, zo goed mogelijk geprobeerd voor te bereiden op verschillende scenario's, waaronder een scenario waarbij we te maken krijgen met een opleving van het virus. Het kabinet heeft hiertoe gewerkt aan een langetermijnstrategie COVID-19. Over de uitwerking van deze strategie heb ik uw Kamer onlangs geïnformeerd, samen met de Ministers van EZK en SZW. Zoals aangegeven in deze brief aan uw Kamer, kan de capaciteit voor testen en vaccineren bijvoorbeeld

snel worden opgeschaald in het geval van een opleving en zet de overheid samen met de zorgsector in op optimalisering van de zorgketen. Ook andere sectoren bereiden zich met sectorplannen voor op een mogelijke opleving. Met de langetermijnstrategie staan we zoveel als mogelijk klaar om bij een eventuele opleving van het virus in de toekomst de Nederlandse samenleving zoveel mogelijk open te houden en om de gehele zorgketen voor iedereen toegankelijk te houden. Iedereen draagt bij aan de uitwerking en uitvoering van de strategie: inwoners van Nederland, sectoren en overheden doen het samen.

Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen de coronaprik halen die hen geadviseerd wordt, is het noodzakelijk om mensen in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken om zich wel of niet te laten vaccineren. Er is daarom blijvend aandacht voor het laagdrempelig beschikbaar stellen van de coronavaccinatie, het breed verstrekken van informatie en gerichte inspanningen om degenen die nog niet zijn gevaccineerd te bereiken. Over het aanbieden van een volgende herhaalprik laat ik mij adviseren door het RIVM en het «expertteam COVID-19-vaccinaties». Zoals ik ook in mijn brief over de nadere uitwerking langetermijnaanpak COVID-19 van 13 juni jl.²³ heb aangegeven houden we er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn. Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden.

Klopt het dat vaccinatie de kans op langdurige COVID-klachten (vooral bij mensen met milde klachten) nauwelijks verkleint? Is er inmiddels al een vaccin dat is aangepast aan de nieuwste varianten? Zo ja, welke variant is dit? Er wordt immers nog steeds geprikt tegen de Wuhanvariant van het virus. Wanneer kan het aangepaste vaccin ingezet worden?

Op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur lijkt vaccinatie tegen COVID-19 voorafgaand aan infectie deels te beschermen tegen het ontwikkelen of houden van langdurige klachten na COVID-19. Over de mate waarin en de voorwaarden waaronder vaccinatie beschermend werkt tegen langdurige klachten is nog onvoldoende bekend. Hier is meer onderzoek naar nodig. Een nieuwe Amerikaanse studie gepubliceerd in *Nature Medicine*²⁴ vergelijkt bijvoorbeeld mensen met een doorbraakinfectie met mensen die geïnfecteerd raakten zonder vaccinatie. Na vaccinatie bleek het risico op langdurige klachten na COVID-19 vijftien procent lager dan bij mensen die niet gevaccineerd waren. Dit suggereert dat vaccinatie slechts deels beschermt tegen langdurige klachten. De bevindingen uit deze nieuwe studie sluiten aan op de gegevens uit andere wetenschappelijke studies waarin het effect van vaccinatie op langdurige COVID-klachten onderzocht werd. In veel studies wordt (deels) beschermend effect gevonden, maar er zijn ook studies waaruit dit niet blijkt. De verschillende studies zijn moeilijk met elkaar te vergelijken omdat ze erg verschillend zijn. Ze gebruiken bijvoorbeeld niet allemaal dezelfde definitie voor langdurige klachten en kijken naar een verschillende tijdsperiode na vaccinatie en na infectie.

De farmaceuten Moderna en BioNTech/Pfizer werken aan de ontwikkeling van meerdere aangepaste COVID-19-vaccins in diverse doseringen. Het gaat daarbij om de ontwikkeling van een zogenaamd bivalent vaccin (gebaseerd op een combinatie van de Wuhanvariant en de omikronvariant) en een monovalent vaccin (enkel gebaseerd op de omikronvariant).

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

²⁴ Al-Aly, Bowe en Xie (2022). Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. Zie: <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01840-0>

Moderna zal zijn bivalente vaccin indienen bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) ter goedkeuring. Het oordeel van de EMA wordt eind deze zomer verwacht. Dit is echter nog onder voorbehoud en kan niet gegarandeerd worden. Het is op dit moment nog niet bekend welk aangepast vaccin door Pfizer/BioNTech wordt ingediend bij de EMA ter goedkeuring. Voor een deel van de nog geplande leveringen van op dit moment gecontracteerde vaccins geldt dat, zodra aangepaste vaccins door het EMA zijn goedgekeurd en op de Europese markt verschijnen, Nederland het recht heeft om deze vaccins om te zetten naar leveringen van het aangepaste vaccin. Dat betekent dat we in het najaar al de eerste leveringen zouden kunnen ontvangen van het aangepaste vaccin. In Europees verband wordt momenteel gewerkt aan overeenkomsten om deze regeling voor alle reeds gecontracteerde leveringen van dit jaar te laten gelden. Dit geldt voor alle EU-lidstaten.

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd dat onder meer de coronatoegangsbewijzen (CTB's) met het verwerpen van de vijfde verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm) vervallen zijn. Helaas is het Digitaal Corona Certificaat (DCC) nog wel nodig om internationaal te reizen. Genoemde leden lezen dat de Europese Commissie heeft voorgesteld de DCC-verordening, die het technisch kader biedt, te verlengen met een jaar. Is de Minister voornemens daarmee in te stemmen? Zo ja, waarom? Komt het «vinkje» voor dit DCC-bewijs te vervallen wanneer de (vierde) prik in het najaar niet genomen wordt? Andersom kan dit ook van toepassing zijn, er zijn miljoenen mensen wiens «vinkje» vervallen is omdat zij de derde (booster)vaccinatie niet hebben genomen. Zal het «vinkje» weer geactiveerd worden na het halen van de (vierde) vaccinatie in het najaar?

Het kabinet heeft reeds ingestemd met de verlenging van verordening (EU) 2021/953. Op 13 juni jl. is er in triloog een voorlopig politiek akkoord bereikt over verlenging van de verordening. Mits de Raad en het Europees Parlement instemmen met het akkoord, is de verordening tot 1 juli 2023 van kracht. Op dit moment is namelijk lastig in te schatten hoe de epidemiologische situatie zich de komende maanden gaat ontwikkelen en of er weer meer eisen aan het inreizen gesteld gaan worden, waarbij het DCC weer vaker faciliterend ingezet kan gaan worden.

Hoewel een groot aantal EU-landen, waaronder Nederland, op dit moment geen COVID-19 vaccinatie-, test- of herstelbewijs meer eist, zijn er nog enkele EU-landen die wel eisen stellen bij het inreizen. Ook wordt als toegangscontrolle bij deelname aan het maatschappelijk verkeer soms nog de 3G-regel gebruikt (het laten zien van een vaccinatie-, test-, of herstelbewijs) in bijvoorbeeld het openbaar vervoer in bepaalde regio's in Duitsland en in ziekenhuizen en andere zorginstellingen in Oostenrijk. Het is daarom van belang dat Nederland deze DCC's kan blijven verstrekken.

De geldigheidsduur van een vaccinatie die onderdeel is van de primaire vaccinatieserie is 270 dagen. Indien men na een vaccinatie een besmetting heeft doorgemaakt is het pas drie maanden na de besmetting mogelijk om een booster of herhaalprik (tweede booster) te halen. Men kan in dat geval na 11 dagen een herstelbewijs krijgen, dat vervolgens vanaf de datum van de afgenomen test 180 dagen geldig is. Wat betreft de boosterprik is door de EU (vooralsnog) geen geldigheidsduur bepaald. Voor nu komt het DCC dus niet te vervallen als de vierde prik niet genomen wordt.

Als er in het najaar een nieuwe vaccinatiecampagne komt, kunnen Nederlanders die de derde vaccinatie (de boosterprik) niet gehaald hebben op dat moment ook een vaccinatie halen. Als zij een basisserie

hebben afgerond zal – op basis van de huidige inzichten over bescherming van de vaccins – het DCC weer geactiveerd worden na de mogelijke (vierde) prik in het najaar.

In zijn vorige functie als voorzitter van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) maakte de huidige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tijdens zijn laatste bijdragen aan een technische briefing in de Tweede Kamer de enige juiste analyse, namelijk dat het ziektebeeld COVID een extra ziekte is en derhalve extra ziekenhuis-capaciteit en extra ic-capaciteit vereist. Waarom is deze extra capaciteit nog steeds niet geregeld, terwijl de Minister een oncontroleerbare oploop in het aantal ziekenhuisopnamen met het ziektebeeld COVID niet uitsluit? Wat is de reactie van de Minister op de bijdrage van de heer Van Ranst tijdens het rondetafelgesprek over de Langere termijn aanpak corona waarin hij stelde dat België tweemaal zoveel ic-capaciteit heeft en België derhalve eind 2021 niet in een lockdown zat en Nederland wel?

Op basis van het huidige Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)²⁵, geeft het LNAZ aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar en opgeschaald beschikbaar zouden kunnen zijn. Momenteel zijn er 993 IC-bedden operationeel (dd. 13 juni 2022). Indien nodig kan er op dit moment tot 1.350 IC-bedden worden opgeschaald voor een korte piekperiode. Ondanks al deze inspanningen kan bij een exponentieel optredend en ziekmakend coronavirus het nemen van maatregelen op enig moment onontkoombaar zijn. Ook landen met een grotere IC-capaciteit, zoals Duitsland, hebben maatregelen moeten nemen. Waar we wél aan kunnen en moeten werken is structurele en flexibel opschaalbare IC-capaciteit, zodat we kunnen anticiperen op een toename van het aantal patiënten. Parallel hieraan vraag ik het LNAZ om een actualisatie te maken van het Opschalingsplan COVID-19, waarbij het benodigde inzicht wordt geleverd in wat de (bandbreedte) van de) beschikbare zorgcapaciteit is in het komende najaar op het gebied van onder meer IC- en klinische ziekenhuisbedden.

Het kabinet is van oordeel dat we door het optimaliseren van het zorgnetwerk, hogere aantallen patiënten kunnen behandelen. Om die reden onderzocht het expertteam COVID-zorg wat nodig is om het zorgnetwerk zo te optimaliseren dat bij een nieuwe COVID-opleving de reguliere ziekenhuiszorg zoveel mogelijk geleverd kan blijven worden. Overigens is de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 (hierna: Subsidieregeling) dit jaar nog steeds van kracht. Het Ministerie van VWS maakte daarvoor afspraken met het veld over de opschaling en financiering van IC-bedden en bijbehorende klinische bedden. Per 1 januari 2023 worden de crisismiddelen Rijksbreed beëindigd, dit geldt ook voor de Subsidieregeling. Voor 2023 en verder is het uitgangspunt dat de financiering en levering van zorg aan COVID-19-patiënten onderdeel wordt van de reguliere bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Daarom is het integreren van COVID-zorg een belangrijk thema in de gesprekken over het reguliere zorginkoopproces in 2023 met zorgverzekeraars en zorgaanbieders; IC-capaciteit maakt hier onderdeel van uit. Die omschakeling vergt tijd terwijl we aankomende winter voorbereid moeten zijn om een groeiende zorgvraag op te vangen als gevolg van een mogelijke opleving van de COVID-pandemie. Het kabinet acht het daarom nodig ten behoeve van 2023 onder meer afspraken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders te maken over de financiering van de instandhouding van de huidige IC-opschaling. Zie daarvoor ook de kabinetsreactie op het rapport van het

²⁵ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/10/01/actualisatie-op-schalingsplan-covid-19>

expertteam van 13 juni jl.²⁶ en het antwoord op vraag 21 voor onder meer de overige adviezen van het expertteam.

Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat voldoen aan de ventilatie-richtlijn uit het bouwbesluit het aantal besmettingen met corona in nachtclubs met wel 70% kan doen laten dalen. Deelt de Minister de mening dat de juiste ventilatie is dus van cruciaal belang om in te zetten «to flatten the curve» in geval het aantal opnames met het ziektebeeld COVID onverhoopt oploopt door bijvoorbeeld een ziekmakendere variant, in een land met de gemiddeld laagste ic-capaciteit in Europa? Zo nee, kan de Minister aangeven waarom de regering in dat geval niet bewerkstelligt dat alle binnenruimtes voor het najaar voldoen aan de juiste ventilatie? Genoemde leden valt het op dat het grote publiek nog steeds niet goed genoeg bekend is met de juiste ventilatie. Is de Minister bereid de campagnes uit te breiden met een televisiecampagne waarin de juiste ventilatie beeldend uitgelegd wordt? Waarom worden de ventilatierichtlijnen zoals die nu al bestaan in het bouwbesluit niet actief in alle binnenruimtes gehandhaafd?

Ik deel de mening dat goede ventilatie belangrijk is voor een gezond binnenklimaat. Ventileren helpt ook om het risico op verspreiding van respiratoire infecties, zoals SARS-CoV-2, te beperken. Het is dan ook een belangrijke preventieve maatregel die er in combinatie met andere maatregelen voor kan zorgen dat het aantal besmettingen minder snel oploopt. In de afspraken die met sectoren worden gemaakt is een centrale plek ingeruimd voor ventilatie. Daarbij is de belangrijkste aanbeveling om ervoor te zorgen dat publieke ruimtes goed geventileerd worden. «Frisse lucht» maakt onderdeel uit van de basismaatregelen en er zijn diverse communicatiemiddelen (waaronder verschillende *social media posts* en een filmpje) ontwikkeld om het belang van goede ventilatie bij een breed publiek onder de aandacht te brengen en te houden. Uit gedragsonderzoek van het RIVM blijkt dat het belang van ventileren goed wordt begrepen en nageleefd. Dit zullen we blijven monitoren.

De eisen uit het Bouwbesluit zijn inrichtingseisen: bij initiële oplevering, herbestemming of herindeling wordt de benodigde ventilatie berekend en daarna is het aan de gebouwbeheerder om dit te onderhouden. Via de website «ventileren zo gedaan», mediacampagnes en afspraken met sectoren wordt expliciet aandacht gevraagd voor het goed gebruiken, inregelen en onderhouden van bestaande ventilatiesystemen. In samenwerking met VNO-NCW worden hoogerisicosectoren actief benaderd om het belang van een goede luchtkwaliteit te onderstrepen en te kijken wat sectoren zelf kunnen doen om de situatie waar nodig te verbeteren. In deze gesprekken wordt ook gekeken hoe eventuele controle op het juiste gebruik en goed onderhoud van ventilatiesystemen kan worden ingericht.

Wat is de uitgebreide reactie van de Minister op de uitgebreide bijdrage van de heer De Hond over ventilatie tijdens het rondetafelgesprek over de Langere termijn aanpak corona? Wat is de reactie van de Minister op de verwondering van de heer Van Ranst tijdens datzelfde rondetafelgesprek dat in buurland België overal CO₂-meters in binnenruimtes aanwezig zijn en in Nederland niet? Is de Minister bereid te bewerkstelligen dat voor de start van het nieuwe school- en studiejaar in september alle leslokalen uitgerust zijn met CO₂-meters en een instructiekaart voor de juiste ventilatie? Zo nee, waarom niet? Is de Minister bereid om te bewerkstelligen dat alle binnenruimtes voor september uitgerust zijn met CO₂-meters en een instructiekaart voor de juiste ventilatie? Waar blijven

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

de sectorplannen rondom ventilatie? Hoeveel scholen hebben hun ventilatie al op orde? Is hier goed zicht op?

Ik ben het met de heer De Hond eens dat goed ventileren in het algemeen erg belangrijk is. Het is één van de basismaatregelen waar in de langetermijnafspraken met sectoren een centrale plek voor is ingeruimd. Ventilatie kan het risico op besmetting echter nooit helemaal wegnemen. CO₂-meting kan een manier zijn om gebrekkige ventilatie te signaleren, en kan daarmee een rol vervullen als bewustwordingsinstrument om het belang van goed ventileren te benadrukken. In de handreiking «ventileren zo gedaan»²⁷ wordt dit onder de aandacht gebracht en CO₂-meting is ook als mogelijkheid aangedragen voor de sectorafspraken. In België is CO₂-meting verplicht in de horeca, maar dat is in Nederland nog niet voorzien. Voordat een dergelijke verplichting vanuit de rijksoverheid opgelegd wordt, vind ik het verstandig eerst te kijken wat er uit de dialoog met de sectoren zelf komt. Het belang van goede ventilatie en de mogelijkheid verbeteringen aan te brengen in zowel het gebruik van bestaande systemen als de monitoring van de luchtkwaliteit worden actief besproken met hoogerisicosectoren.

Er is € 360 miljoen beschikbaar gesteld om de ventilatie op scholen op orde te krijgen. Daar is inmiddels € 200 miljoen van uitgegeven via de SUVIS-regeling. Tevens is er € 17 miljoen beschikbaar gesteld via de lumpsum, zodat elke school kan beschikken over een CO₂-meter per klaslokaal. Er is inmiddels een onderzoek gestart om inzichtelijk te krijgen of elke school over CO₂-meters beschikt, en of deze naar behoren functioneren. Het Ministerie van OCW verwacht de resultaten van dit onderzoek deze zomer naar uw Kamer te sturen. Als uit dit onderzoek blijkt dat er scholen zijn die niet beschikken over CO₂-meters, dan gaat het ministerie met deze scholen in gesprek om tot een gezamenlijke oplossing te komen. Zo kunnen we ervoor zorgen dat rond de herfst elke school over CO₂-meters beschikt.

Op 1 oktober 2020 heeft het Landelijk Coördinatieteam Ventilatie op Scholen (LCVS) een «foto» opgeleverd met een stand van de ventilatiesituatie in schoolgebouwen in het funderend onderwijs. Uit een landelijke extrapolatie van deze cijfers door kenniscentrum Ruimte-OK wordt geschat dat op het moment van opleving van de «foto» in oktober 2020, in 73% van de schoolgebouwen de ventilatie op het gewenste niveau was, het betreft circa 2.300 schoolgebouwen. Het verdiepend onderzoek van Ruimte-OK van augustus 2021 bevestigt het beeld van het LCVS. Als de projecten waarvoor via de SUVIS regeling aanvragen zijn ingediend zijn afgerond, zal naar verwachting bij 84% van de schoolgebouwen de ventilatie op orde zijn. Na de sluiting van de Maatwerkregeling (31 december 2022) is er een nieuw beeld van de stand van zaken te geven.

Voor meer informatie over de sectorplannen en de rol van ventilatie daarin, verwijs ik uw Kamer naar de brief over de nadere uitwerking van de langetermijnaanpak COVID-19, die 13 juni jl. aan uw Kamer is gezonden.²⁸

De leden van de PVV-fractie zijn erg geschrokken van het feit dat 22% van de jongeren tijdens de vierde lockdown op enig moment aan zelfmoord heeft gedacht. Kan de Minister toezeggen dat onderwijsinstellingen nooit meer sluiten? Kan de Minister toezeggen dat jongeren, die relatief weinig gezondheidsrisico hebben gelopen door corona, niet meer zo onevenredig

²⁷ Zie: <https://www.ventilerenzogedaan.nl>

²⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

hard worden getroffen door vrijheid beperkende maatregelen als het weer mis mocht gaan met corona? Ook het aantal jongvolwassenen dat een einde aan hun leven maakte is in 2021 hoger dan voorgaande jaren. Hoe gaat de Minister beter rekening houden met het effect van corona en lockdowns op jongeren? Hoeveel 18-minners zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel 21-minners zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel van hen hadden onderliggend lijden? Hoeveel jongeren in de leeftijd van 21 tot 30 jaar zijn in ons land door (dus niet met) corona overleden? Hoeveel van hen hadden onderliggend lijden?

Het onderwijs heeft in het COVID-19-beleid een aparte status, gezien de speciale functie die onderwijs heeft in de ontwikkeling van onze kinderen en jongeren. Uitgangspunt is dat het kabinet een scholensluiting te allen tijde wil voorkomen. Er zal slechts sprake zijn van een (gedeeltelijke) sluiting als we te maken hebben met een virus(variant) waarbij de populatie in de scholen en onderwijsinstellingen direct gevaar loopt.

Jongeren (lees: kinderen, tieners en jongvolwassenen) zijn hard getroffen door lockdowns en beperkingen in hun mogelijkheden tot onderwijs, vrije tijdsactiviteiten en sociaal contact. Deze coronamaatregelen hebben voor jongeren een grotere negatieve impact gehad op de mentale gezondheid en hun ontwikkeling dan voor andere leeftijdsgroepen. Het gebrek aan fysieke ontmoetingen heeft geleid tot mentale klachten bij jongeren. De maatregelen, de invoering en de naleving daarvan, brachten spanningen met zich mee voor jongeren en hun gezin. Een deel van de jongeren ervaart nog altijd nadelige gevolgen van de coronacrisis, bijvoorbeeld op hun mentale gezondheid. Daarom streeft het kabinet ernaar om fysieke ontmoetingen voor jongeren mogelijk te houden bij eventuele oplevingen. Binnen de plannen van de sectoren onderwijs, cultuur en sport is daarom gekeken op welke manier deze voorzieningen zoveel en zo veilig mogelijk open kunnen blijven. Daarnaast richt het sectorplan van de jeugdzorg zich op goede en veilige doorgang van hulp en ondersteuning aan kinderen en jongeren die dit nodig hebben. Om mentale gezondheid in het algemeen, en van jongeren in het bijzonder, te verbeteren heeft de Staatssecretaris van VWS samen met zijn collega's van SZW en OCW onlangs de Kamer geïnformeerd over de aanpak mentale gezondheid.

In februari 2022 heeft het CBS cijfers gepubliceerd over het aantal personen dat in 2021 door COVID-19 is overleden.²⁹ In deze publicatie is het overlijden door COVID-19 voor verschillende leeftijdscategorieën in kaart gebracht. Voor de categorie 0 tot 50 jaar was het aantal personen dat overleed door COVID-19 veel kleiner dan voor de andere leeftijdscategorieën. Wanneer wordt gekeken naar het aantal overlijdens door COVID-19 onder personen onder 18 jaar dan is dit aantal nog kleiner. Het aantal personen jonger dan 18 jaar dat in 2021 overleden is door COVID-19 is kleiner dan 10. Ook het aantal personen jonger dan 21 jaar dat overleden is door COVID-19 is kleiner dan 10. Het aantal personen tussen 21 en 30 jaar dat in 2021 overleden is door COVID-19 ligt tussen de 10 en 20. Verder is informatie over onderliggend lijden die door het CBS via doodsoorzakenformulieren wordt verkregen niet toereikend om een compleet beeld te schetsen over onderliggend lijden.

Corona is niet voorbij, maar de regering zegt nu tegen de samenleving: zoek het zelf maar uit. Dit gaat dwars tegen de adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) in.

a. *Waar blijft de centrale regie van de regering?*

²⁹ Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021>

- b. *Hoe bizar is het corona dan maar los te laten als de regering de ic- en ziekenhuiscapaciteit niet structureel heeft verhoogd en niet de juiste ventilatie in binnenruimtes (to flatten the curve) heeft geregeld? De zorg is nog steeds uitgekleeft, overbelast en kampt met een hoog ziekteverzuim. Een bezoekje en een bedankje van de Minister is niet genoeg. Waar blijven de uitgewerkte plannen ten aanzien van de broodnodige zorgcrisisreserve?*
- c. *De Minister kan wel hopen dat er geen nieuwe varianten komen of dat ze minder besmettelijk zijn, maar zo zijn we natuurlijk nooit goed voorbereid op een nieuwe opleving van het virus komende herfst. Wat nodig is zijn duidelijke draaiboeken voor diverse scenario's. Wanneer kan de Kamer die verwachten?*
- d. *Zijn voor de komende herfst de richtlijnen al op orde voor het beschermen van kwetsbare mensen en ouderen in de samenleving?*
- e. *Wat zijn nu de afspraken voor het testen en opsporen van het virus en voor de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en testmaterialen?*

Het kabinet laat in de brieven aan uw Kamer over langetermijnaanpak COVID-19 zien wat de langetermijnstrategie is voor de bestrijding van COVID-19. De brief aan uw Kamer van 13 juni jl. gaat in op de concrete voorbereidingen die getroffen worden vanuit de overheid, de zorgsector, maatschappelijke sectoren en doelgroepen, en op wat van individuele burgers wordt verwacht. Het openhouden van de samenleving vraagt immers om een integrale en preventieve aanpak en is een verantwoordelijkheid van ons allemaal.

Het kabinet heeft het rapport van het expertteam COVID-zorg ontvangen. Het expertteam heeft geadviseerd over het optimaliseren van het zorgnetwerk opdat – bij een eventuele nieuwe opleving van het coronavirus – de kritiek planbare zorg binnen zes weken geleverd kan blijven worden en de reguliere ziekenhuiszorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Daarnaast heeft het expertteam in beeld gebracht hoe de coördinatie van COVID-capaciteit in tijden van crisis het beste kan worden ingericht, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaring, kennis en infrastructuur die is opgebouwd door alle partijen in de voorbije crisisjaren. Op 13 juni jl. heeft het kabinet gereageerd op het rapport van het expertteam.³⁰ In de zomerperiode zetten we in op de implementatie van de adviezen van het expertteam.

Daarnaast heb ik in de beantwoording van de Kamervragen over het bericht «Door uitblijven coronastrategie komt lockdown weer in beeld»³¹ uw Kamer laten weten dat ik op dit moment bezig ben met het nader uitwerken van de juridische, de uitvoeringstechnische en de financiële vraagstukken van de Nationale Zorgreserve (als publieke taak). In de zomer wordt uw Kamer geïnformeerd over de voortgang.

Daar waar ventilatie aantoonbaar tekortschiet, zoals in sommige onderwijsinstellingen, wordt ter verbetering van de situatie bij de meest urgente gevallen op korte termijn een maatwerkregeling gepubliceerd door het Ministerie van OCW. Het streven is om deze zomer de regeling open te zetten zodat scholen spoedig aan de slag kunnen gaan met het aanpakken van de ventilatieproblematiek. Voor de binnenruimtes in de overige sectoren zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat bestaande ventilatiesystemen niet voldoen. Uitgangspunt voor de sectorafspraken is dat de meeste toegevoegde waarde te realiseren is door ervoor te zorgen dat bestaande installaties goed worden gebruikt, afgesteld en onderhouden.

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

³¹ Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2995.

De minimale ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit en de geldende landelijke (arbo)richtlijnen voldoen volgens de huidige wetenschappelijke inzichten, ook in hoogrisicosettings zoals verpleeghuizen. Specifiek voor de horeca bekijkt het Ministerie van BZK of de ventilatie-eisen voor horeca uit de Twm, waar die hoger waren dan de eisen uit het Bouwbesluit, overgenomen kunnen worden in het Bouwbesluit.

Het kabinet heeft zich, samen met sectoren, zo goed mogelijk geprobeerd voor te bereiden op verschillende scenario's, waaronder een scenario waarbij we te maken krijgen met een opleving van het virus. Het kabinet heeft hiertoe gewerkt aan een langetermijnstrategie COVID-19. Over de uitwerking van deze strategie heb ik uw Kamer geïnformeerd, samen met de Ministers van EZK en SZW, in de brief van 13 juni jl. Zoals aangegeven in deze brief, kan de capaciteit voor testen, vaccineren, medicatie en zorg bijvoorbeeld snel worden opgeschaald in het geval van een opleving.

Met de langetermijnstrategie staan we zoveel als mogelijk klaar om bij een eventuele opleving van het virus in de toekomst de samenleving zo veel mogelijk open te houden en om de gehele zorgketen voor iedereen toegankelijk te houden. Iedereen draagt bij aan de uitwerking en uitvoering van de strategie: inwoners van Nederland, sectoren en overheden doen het samen.

In september wordt uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van het traject rond de sectorale plannen.

Het beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid gebeurt op verschillende manieren: door via apotheken persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te stellen voor mensen met een kwetsbare gezondheid in thuisisolatie en hun mantelzorgers; door een publiekscampagne waarin het kabinet het algemene publiek vraagt om rekening te houden met mensen die een kwetsbare gezondheid hebben; door in de sectorplannen specifiek aandacht te besteden aan mensen met een kwetsbare gezondheid, en doordat er uitvoeringsplannen gemaakt zijn door het RIVM en de GGD'en waarbij in ieder geval rekening is gehouden met het scenario dat de meest kwetsbare groepen een nieuwe herhaalprik nodig hebben.

Voor specifieke doelgroepen is het mogelijk om een professioneel afgenomen test (bij de GGD) te doen, zoals inwoners van een verpleeghuis of andere instelling met kwetsbare personen en zorgmedewerkers. Hiertoe houdt de GGD een basistestcapaciteit beschikbaar. Deze basiscapaciteit geeft ook de mogelijkheid tot beperkte opschaling indien nodig. Op een deel van de positieve PCR-testen wordt nadere variantanalyse gedaan, voor zicht op de opkomst en uitbreiding van nieuwe varianten. Grootschalige opschaling van PCR-testen voor de gehele bevolking is alleen nodig als er een variant komt waarbij de antigeen(zelf-)testen onvoldoende betrouwbaar zijn, terwijl de besmettingen en druk op de zorg onverhoopt toch weer oplopen. In ieder geval tot in februari 2023 houden de GGD'en rekening met dit scenario en zijn er afspraken gemaakt over de opschalingssnelheid. De GGD'en bereiden zich voor om vanuit een risicogerichte testcapaciteit per regio binnen twee weken de testcapaciteit op te schalen naar 15.000³² per dag en in de vijf weken daarna naar een testcapaciteit van 100.000 per dag. De beschikbaarheid van personeel is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

³² De testcapaciteit van 15.000 per dag is de omvang van de huidige kwetsbare doelgroep en hun verzorgenden die met PCR wordt getest.

Verschillende instrumenten worden gebruikt om zicht te houden op het virus. Instrumenten zoals kiemsurveillance, rioolwatersurveillance, de Infectieradar en Nivel-peilstations zorgen ervoor dat we de varianten en oplevingen van het virus vroegtijdig kunnen monitoren. De regie op de infectieziektebestrijding is belegd bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Het RIVM volgt de situatie op basis van alle beschikbare indicatoren en voorziet het Ministerie van VWS wekelijks van duiding en stelt vervolgstappen voor indien nodig. Op basis hiervan kunnen acties worden ondernomen, zoals het extra monitoren via een bepaald monitoringsinstrument of op een bepaalde plek om zoveel mogelijk zicht op het virus te behouden. Een nadere toelichting hierop is te vinden in de brief aan uw Kamer van 13 juni jl.³³

Er zijn op dit moment voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen op de markt aanwezig zodat zorgorganisaties daar hun bestellingen kunnen doen. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) houdt een landelijke noodvoorraad voor de zorg beschikbaar, om te zorgen dat niemand binnen de zorgsector onbeschermd hoeft te werken. Zorginstellingen kunnen zelf hun voorraden bij hun reguliere leveranciers inkopen. Lukt dat niet, dan kunnen zij beschermingsmiddelen bij het LCH aanvragen via een online portaal.

Dienst Testen is opgericht om het testen in Nederland mogelijk te maken en houdt regie op het testlandschap. Dienst Testen koppelt testlocaties aan (regionale) laboratoria waarbij er voldoende testcapaciteit gewaarborgd is en ziet onder meer toe op de kwaliteit binnen de gehele testketen. Laboratoria zijn zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en testmateriaal. Dienst Testen kan indien nodig ondersteunen in het voorzien van materiaal mochten er tekorten ontstaan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de diverse brieven die de huidige stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen rondom het coronavirus aangeven. Deze leden hebben enkele vragen aan de Minister.

In de Verzamelbrief COVID-19 van 30 mei 2022³⁴ geeft de Minister aan dat de overheid onder andere inzet op opschaalbare capaciteit voor vaccineren, (zelf)testen en medicatie. Hierbij geeft de Minister echter niet aan hoe het zit met de laboratoriumcapaciteit. De leden van de CDA-fractie vragen daarom of de Minister een overzicht kan geven van de huidige beschikbare laboratoriumcapaciteit. Is het momenteel nog mogelijk om grootschalig testen te analyseren? Wat is de huidige maximale laboratoriumcapaciteit per dag? Op welke wijze kan de Minister eventueel deze capaciteit opschalen? Hoe snel kan er worden opgeschaald in laboratoriumcapaciteit?

Tot februari 2023 is er per dag 106.500 NAAT-testen analysecapaciteit gecontracteerd.

NAATII-aanbesteding	92.000/dag
Amsterdam / Brabant Zuidoost	14.500/dag
Totaal	106.500/dag

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

³⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1869.

Opschaling van tot maximale capaciteit duurt ca. 4 tot 6 weken.

Dienst Testen is bezig met de voorbereiding voor een nieuwe NAATIII-aanbesteding voor na 24 februari 2023. Ook wordt bekeken of een aanvullende NAAT-analysecapaciteit gecontracteerd zal worden voor boven de 106.500 NAAT-testen per dag tot februari 2023.

Genoemde leden vragen of de Minister een overzicht kan geven van de huidige totale testcapaciteit bij de GGD'en. Hoeveel testlocaties zijn er momenteel en wat is de totale maximale testcapaciteit per dag? Is het mogelijk om testlocaties in te richten bij bijvoorbeeld apothekers of zorginstellingen, zodat op meer plekken getest kan worden? Worden hier plannen voor ontwikkeld richting het najaar?

De GGD'en testen op dit moment risicogericht, met een testcapaciteit van circa 10.000 testen per dag. Hiervoor zijn momenteel 109 locaties beschikbaar. De GGD'en bereiden zich voor om in het najaar in twee weken de testcapaciteit op te schalen naar 15.000 per dag en in vijf weken daarna naar een testcapaciteit van 100.000 per dag. Voor een testcapaciteit van 100.000 per dag en zijn er aanvullend 94 grotere locaties beschikbaar. Dit voorziet in voldoende landelijke dekking en spreiding. Het gereed maken van deze locaties is onderdeel van de genoemde opschalingstijd. De beschikbaarheid van personeel is echter de belangrijkste randvoorwaarde voor deze opschaling.

Op dit moment wordt het overgrote merendeel van de PCR-testen afgenomen door de GGD. Er is momenteel geen gebrek aan capaciteit of afnamelocaties, en dit wordt met het oog op de langetermijnstrategie, die zich focust op het gebruik van zelftesten en het zelfzorgadvies, voorlopig ook niet voorzien. Testen laten afnemen door apothekers en zorginstellingen heeft daarom thans geen meerwaarde.

In de brief van 15 maart 2022³⁵ geeft de Minister aan dat de lopende pilot begeleid zelftesten wordt geëvalueerd. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven wat hiervan de stand van zaken is.

De evaluatie wordt voor het zomerreces verstuurd naar de Kamer.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in Nederland bij wordt gehouden en wordt geregistreerd hoeveel mensen last hebben van Long COVID. Welke onderzoeken naar oorzaak, gevolgen en behandeling van Long COVID vinden binnen Nederland plaats? Klopt het dat onderzoeken naar Long COVID binnen Nederland nauwelijks van de grond komen, zoals in een artikel in de Volkskrant onlangs beschreven werd?³⁶ Wat is hiervan de oorzaak? Wat is de Minister bereid om te doen om deze onderzoeken binnen Nederland wel mogelijk te maken? Deze leden vragen waarom er geen lange termijn beleid is op Long Covid, zoals het plan in Duitsland en wat de Gezondheidsraad in Nederland heeft geadviseerd.³⁷ Genoemde leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze momenteel behandelingen van Long COVID-gerelateerde klachten vergoed worden binnen het basispakket.

³⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1819.

³⁶ Volkskrant, 28 mei 2022, «Studie naar postcovidsyndroom komt in Nederland amper van de grond. Oorzaak: een gebrek aan geld».

³⁷ Bundesregierung.de, 15 mei 2022, «Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19», zie: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2040048/feffdcc21a9892def37df142e4feb9b6/9-stellungnahme-long-covid-data.pdf?download=1>

Er is in Nederland momenteel geen landelijke registratie van mensen met post-COVID. Dit komt onder andere doordat het ziektebeeld divers is, mensen zeer uiteenlopende klachten kunnen ervaren en de duur van de klachten sterk varieert. Door middel van wetenschappelijk onderzoek wordt meer inzicht verkregen in het aantal mensen met post-COVID. Zo doen bijvoorbeeld het RIVM en Erasmus MC onderzoek naar het aantal mensen met post-COVID, wat de klachten zijn en hoe ernstig deze klachten zijn.

Het Ministerie van VWS financiert via ZonMw onderzoek naar de diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg van post-COVID. Hiertoe is het ZonMw-deelprogramma «COVID-19 aanhoudende klachten en nazorg» gestart. Dit deelprogramma biedt inzicht in de (biologische) aard en omvang van de aanhoudende klachten, het herstelproces, de direct implementeerbare kennis over effectieve behandelingen en het organiseren van zorg. In samenwerking met de andere deelprogramma's van ZonMw, te weten «COVID-19 behandeling» en «COVID-19 vaccinatie», heeft het deelprogramma «COVID-19 aanhoudende klachten en nazorg» veertien lopende onderzoeken uitgezet. De onderzoeken zijn te vinden op de website van ZonMw. Naast de ZonMw-onderzoeken loopt er ook een studie uitgevoerd door het RIVM naar post-COVID, deze valt onder het brede COVID-programma van het RIVM.

Ik heb kennisgenomen van het artikel in de Volkskrant van 28 mei jl. genaamd «*Studie naar postcovidsyndroom komt in Nederland amper van de grond. Oorzaak: een gebrek aan geld*». Het Ministerie van VWS financiert via ZonMw en het RIVM onderzoek naar post-COVID. Hiervoor is voor de periode van 2021 t/m 2024 circa € 9 miljoen vrijgemaakt (circa € 7,81 miljoen voor onderzoek via ZonMw en circa € 1 miljoen voor onderzoek via het RIVM). (Tussentijdse) onderzoeksresultaten worden, indien mogelijk, gepubliceerd en direct toegepast in de ondersteuning en behandeling van mensen met post-COVID.

Net als de Gezondheidsraad vind ik het belangrijk dat er meer bekend wordt over post-COVID. Daarom wordt er op nationaal niveau veel onderzoek naar gedaan. Op 22 april jl. publiceerde het onderzoeksbureau Blauw Research in opdracht van het Ministerie van VWS het rapport «Behoeftes van post-COVID-patiënten». In dit rapport wordt onder meer geconcludeerd dat mensen met post-COVID behoefte hebben aan meer begrip, behandeling en ondersteuning. De conclusies uit dit rapport neem ik serieus en worden besproken met betrokkenen. De output hiervan neem ik mee bij de besluitvorming over toekomstig beleid en communicatie hierover.

Zorg die nodig is voor het herstel van COVID of zorg voor mensen met post-COVID wordt vergoed vanuit het basispakket. Daarvoor gelden de reguliere aanspraken voor onder andere medisch-specialistische zorg, revalidatiezorg, huisartsenzorg en wijkverpleging. Specifiek voor de paramedische herstellzorg voor mensen die COVID-19 hebben gehad en die tijdens het herstel ernstige klachten of beperkingen ervaren geldt dat deze zorg onder voorwaarden én tijdelijk wordt vergoed uit het basispakket. Onlangs heb ik deze mogelijkheid van vergoeding verlengd tot 1 augustus 2023. De herstellzorg kan bestaan uit (een combinatie van) fysiotherapie, oefentherapie, dieetadvies, ergotherapie en logopedie. De omvang en samenstelling van de herstellzorg kan per persoon verschillen. De zorgverlener indiceert de zorg die nodig is.

Genoemde leden vragen of het klopt dat in de Verenigde Staten 1,4 miljard euro is geïnvesteerd in een biomedisch onderzoeksprogramma. Vindt een soortgelijk onderzoek ook in Nederland plaats? Zo nee, waarom

niet? Is de Minister bereid om te bezien of in Nederland een soortgelijk biomedisch onderzoeksprogramma opgezet kan worden? Zo nee, waarom niet?

Op 23 februari jl. maakte het US National Institutes of Health (NIH) bekend ruim \$ 1,15 miljard (ongeveer € 1,07 miljard) te investeren in een onderzoeksprogramma naar post-COVID.³⁸ Het onderzoeksprogramma heeft als doel meer te weten te komen over de aard en omvang van langdurige klachten na COVID-19. Daarbij wordt gesteld dat de inzichten bijdragen aan een algeheel beter (biomedisch) begrip van het herstel van patiënten na een infectieuze aandoening. Het onderzoeksprogramma richt zich onder meer op de epidemiologie, ziekteleer, biologische oorzaken, risicogroepen en verhouding tot co-morbiditeit bij post-COVID.

Ten aanzien van de vraag of er soortgelijk onderzoek in Nederland plaatsvindt, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 25. De genoemde onderzoeken kunnen worden uitgesplitst in «oriënterend», «revalidatie», «psychologisch», «biomedisch» en «trials met geneesmiddelen» en zijn te vinden op de website van ZonMw.

Er wordt op nationaal en internationaal niveau al veel onderzoek gedaan naar post-COVID. Op basis van de definitieve resultaten van de lopende onderzoeken moet worden beoordeeld wat de meerwaarde kan zijn van een soortgelijk onderzoeksprogramma. Ik wacht de definitieve resultaten van de lopende onderzoeken met belangstelling af.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de lopende onderzoeken via ZonMw naar biomedische onderzoeken binnenkort aflopen. Wanneer wordt een volgende ronde naar biomedisch onderzoek aangekondigd?

Het Ministerie van VWS financiert via ZonMw (biomedisch) onderzoek naar post-COVID. Hiertoe is per september 2021 het ZonMw-deelprogramma «COVID-19 aanhoudende klachten en nazorg» gestart. Binnen dit deelprogramma zijn er verschillende onderzoeken met een biomedisch karakter uitgezet. Een voorbeeld hiervan is de VeCosCo-studie naar de neurobiologische basis van langdurige cognitieve klachten en vermoeidheid na COVID-19. De onderzoeken hebben een gemiddelde looptijd van twee jaar. Tussentijdse resultaten van deze onderzoeken worden, indien mogelijk, gepubliceerd.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoeveel vaccins er voor het najaar ingekocht zijn. Hoe gaat de organisatie van een volgende vaccinatiecampagne verlopen? Overweegt de Minister om dit deze keer te combineren met het toedienen van de griepvaccinatie? Zo nee, waarom niet?

Er zijn voldoende vaccins op voorraad om, indien nodig, alle 12-plussers in het najaar opnieuw te vaccineren. Naast de huidige voorraad komen er in het najaar ook nieuwe vaccinleveringen binnen. Het RIVM coördineert de organisatie van de vaccinatiecampagnes. GGD GHOR Nederland is daarin de grootste uitvoerder voor het zetten van de vaccinaties en zal in de eventuele extra ronde in het najaar uitvoeren voor de kwetsbare groepen of de gehele bevolking. In het nooduitvoeringsplan, in geval van een snelle opleving van het virus, bekijkt het RIVM momenteel wat nodig is om sneller op te schalen en hoe voor het vaccineren in dat scenario een beroep gedaan kan worden op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuisper-

³⁸ Zie: <https://www.nih.gov/about-nih/who-we-are/nih-director/statements/nih-launches-new-initiative-study-long-covid>

soneel en/of huisartsen. Ik overweeg op dit moment niet om een eventuele volgende vaccinatiecampagne te combineren met de griepvaccinatie, omdat deze campagnes zowel op het gebied van starttijd, doelgroep als uitvoerders uit elkaar lopen. Daarnaast krijgt een deel van de ouderen naast een griep prik ook gelijktijdig een pneumokokkenvaccinatie. Dit maakt het combineren van de griep prik met de coronavaccinatie extra gecompliceerd.

In het commissiedebat van 19 april 2022 gaf de Minister aan dat als er een omikronvaccin zou komen, Nederland hier net als Duitsland beschikking over zou hebben. Kan de Minister hiervan de laatste stand van zaken geven?

Voor nadere informatie over de aangepaste vaccins verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 15.

In antwoord op eerder gestelde schriftelijke vragen³⁹ stelt de Minister dat Pfizer zou weigeren om Paxlovid voor de Nederlandse patiënt beschikbaar te maken. De leden van de CDA-fractie vragen of het echter klopt dat Pfizer heeft aangeboden dit medicijn zowel via bilaterale als Europese onderhandelingen aan te bieden. Klopt het dat er met vrijwel alle Europese lidstaten reeds bilaterale contracten zijn afgesloten, maar met Nederland niet? Zo ja, waarom heeft de Nederlandse overheid geen gebruikgemaakt van deze mogelijkheid? Klopt het tevens dat Pfizer op 1 mei een eerste deel van het dossier (farmacotherapeutisch) heeft ingediend voor het aanvragen van vergoeding voor Paxlovid via de reguliere route? Is de Minister bereid om te bekijken hoe deze aanvraag zo spoedig mogelijk behandeld kan worden?

Dit is een andere uitleg van mijn antwoord dan ik had bedoeld. Ik heb in de beantwoording aangegeven dat Pfizer voor mij onacceptabele voorwaarden stelde bij een mogelijke aankoop van hun product, zowel via de Europese als de bilaterale route. Ik heb er daarom voor gekozen om niet via de bilaterale route in te kopen, maar via de Europese route, omdat ik daar meer kans zag om het product onder acceptabele voorwaarden in te kopen. Pfizer heeft hiermee de snelle beschikbaarheid van hun product in eigen hand. Als Pfizer acceptabele voorwaarden had geboden, was ik uiteraard overgegaan tot snellere inkoop. Ik heb geen inzicht in de contracten van Pfizer met andere landen en onder welke voorwaarden zij het product hebben ingekocht. Het klopt dat Pfizer op mijn aandringen bezig is met een vergoedingsaanvraag in Nederland; dit juich ik van harte toe. COVID-behandelingen moeten waar mogelijk weer via de reguliere route in Nederland op de markt komen en worden vergoed.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de Minister van plan is eventuele noodmaatregelen te nemen bij een volgende coronagolf, nu de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is komen te vervallen.

Met ingang van 20 mei 2022 is de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 vervallen. Er zijn daardoor momenteel geen specifieke bevoegdheidsgrondslagen voorhanden om collectieve maatregelen te treffen ter bestrijding van een epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan. In de brief aan beide Kamers van 4 mei 2022 heb ik aangekondigd dat in een versneld traject wordt gewerkt aan de herziening van de Wet publieke gezondheid.⁴⁰ De eerste tranche van de aanpassing van

³⁹ Antwoord op schriftelijke vragen van de leden Bikker en Van den Berg over het bericht «Annelies zit al twee jaar in isolatie, maar Nederland is traag met medicatie voor kwetsbaren», ontvangen 13 mei 2022. (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2735)

⁴⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1839.

de Wet publieke gezondheid is op dit moment in voorbereiding en ligt tot en met 29 juni 2022 in consultatie. Dit wetsvoorstel is de eerste tranche van de aanpassing van de Wet publieke gezondheid (Wpg) voor een versterkte pandemische paraatheid. Het voorstel creëert een structureel wettelijk kader voor de bestrijding van een epidemie van infectieziekten met pandemisch potentieel, of een directe dreiging daarvan (waaronder COVID-19), waarbij de betrokkenheid van beide Kamers en de bescherming van grondrechten wettelijk is verankerd.

Als het op korte termijn onverhoopt toch noodzakelijk blijkt om noodmaatregelen te nemen ter bestrijding van COVID-19, zal ik allereerst bezien of dit wetstraject kan worden versneld, waartoe ik in dat geval ook een beroep zal doen op uw Kamer en de Eerste Kamer om het wetsvoorstel spoedig te behandelen. Indien ook via een dergelijk spoedwetgevings-traject niet tijdig in specifieke bevoegdheidsgrondslagen kan worden voorzien, zal in acute gevallen teruggevallen moeten worden op de procedure van noodverordeningen.

In de Verzamelbrief COVID-19 van 30 mei 2022 geeft de Minister aan dat het RIVM is gestart met een literatuuronderzoek naar de inzet van luchtreinigers (Kamerstuk 25 295, nr. 1869). De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken van dit onderzoek is. Zij vragen tevens wat de stand van zaken is van het onderzoek naar ventilatiesystemen op scholen in Staphorst. Kan de Minister garanderen dat de diverse onderzoeken voldoende voortvarend gedaan worden zodat de benodigde kennis in het najaar beschikbaar en inzetbaar is op scholen? Hoeveel scholen hebben inmiddels een goed functionerend ventilatiesysteem? Hoeveel procent van de scholen heeft CO₂-meters geïnstalleerd?

Het RIVM heeft de uitkomsten van het literatuuronderzoek meteen na het zomerreces beschikbaar. Er wordt door TNO een soortgelijk onderzoek afgerond waarvan de resultaten gelijktijdig gepresenteerd worden.

Aangaande het onderzoek naar ventilatiesystemen op scholen in Staphorst is het Ministerie van OCW in overleg met de betrokken wethouder, het bedrijf dat de luchtreinigers produceert en de scholen zodat de pilot op basisscholen in de gemeente Staphorst zo goed mogelijk en veilig kan worden uitgevoerd. Om luchtreinigers op scholen in te zetten is het belangrijk om van tevoren vast te stellen dat zij geen gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Het Ministerie van OCW streeft ernaar hier rond de zomer meer duidelijkheid over te hebben en uw Kamer hierover te informeren. Ook vindt overleg plaats over de mogelijke doorontwikkeling van de pilot in Staphorst. Zodra de onderzoeken zijn afgerond zullen deze met uw Kamer worden gedeeld.

Voor de vragen omtrent het aantal scholen met een goed functionerend ventilatiesysteem en het aantal CO₂-meters verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 19 van de leden van de PVV-fractie.

Genoemde leden vragen de Minister om een reactie op het bericht dat plannen voor het concentreren van COVID-patiënten een stille dood lijken te sterven.⁴¹ Neemt de Minister het anders organiseren van coronazorg mee in zijn lange termijn plannen?

Ik heb contact gehad met de initiatiefnemers van de pilot die in het artikel worden genoemd. Zij hebben mij bevestigd dat zij hebben besloten deze pilot op dit moment niet uit te voeren. De voornaamste reden daarvoor is

⁴¹ Parool, 24 april 2022, «Plan voor aparte covid-ic's komt niet van de grond».

dat er op dit moment te weinig COVID-patiënten op de IC liggen om een pilot rond concentratie te kunnen uitvoeren.

Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen is expliciet gevraagd te adviseren over de concentratie van COVID-zorg. Ik heb het advies *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID* inmiddels ontvangen en met uw Kamer gedeeld.⁴² Er worden in het advies verscheidene modules beschreven die (in verschillende fasen van de crisis) kunnen worden ingezet en daarmee raken aan een andere organisatie van coronazorg. Ik denk dan aan regionale concentratie van COVID-IC-zorg (op bestaande locaties), de inzet van Post Anesthesia Care Unit (PACU)-capaciteit en zelfstandige behandelcentra (ZBC's), maar bijvoorbeeld ook aan taakdifferentiatie. Ik roep de ROAZ-voorzitters dan ook op een implementatieplan op te stellen dat ertoe bijdraagt dat de modules zo snel mogelijk inzetbaar zijn, zodat bij een eventuele nieuwe opleving van COVID, het ROAZ en de in de regio actieve zorgaanbieders beter voorbereid zijn en flexibel kunnen handelen.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er een taskforce is opgericht voor de optimalisatie van de organisatie van zorg voor COVID-patiënten. Klopt het tevens dat de opdracht voor deze taskforce niets meer is dan randvoorwaarden van subsidieverlening mogelijk te maken? Zo nee, wat is wel de opdracht aan deze taskforce? Klopt het dat ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen (of vertegenwoordigers daarvan) niet in deze taskforce zitten? Zo ja, waarom zitten zij daar niet in? Klopt het dat ziekenhuizen een beroep op de door de taskforce opgestelde subsidie kunnen doen als zij zelf een goed idee hebben voor andere organisatie van zorg voor COVID-patiënten? Deelt de Minister de mening dat op die vrijblijvende wijze echte verandering van de organisatie van COVID-zorg niet tot stand komt? Deelt de Minister de mening dat er hierin duidelijke centrale regie genomen moet worden? Waarom neemt de Minister hierin geen regie? Deelt de Minister de mening van genoemde leden dat het vreemd is dat de Minister wel binnen de kortste tijd noodmaatregelen kan nemen waarmee de samenleving (deels) op slot gaat, maar dat de Minister tegelijkertijd blijkbaar niet de (wettelijke) middelen heeft om in de organisatie van de zorg noodmaatregelen te treffen? Waarom kan de Minister bijvoorbeeld niet opleggen dat andere beroepsgroepen (tijdelijk) ingezet kunnen worden op de ic, zodat daar meer capaciteit ontstaat? Waarom kan de Minister ook niet afdwingen dat er pilots gestart worden voor betere organisatie van COVID-zorg? Welke wettelijke middelen hiertoe mist de Minister en is de Minister bereid om ervoor te zorgen dat die wettelijke middelen er wel komen?

Op 21 december 2021 is het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen ingesteld.⁴³ Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen heeft onderzocht wat nodig is om vanaf september 2022 de COVID-ziekenhuiszorg zodanig in te richten dat de reguliere zorg in het najaar/winter van 2022–2023 zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een nieuwe opleving van COVID. Daarbij is gekeken naar het hele zorgnetwerk. Ik heb het advies *Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID* inmiddels ontvangen en met uw Kamer gedeeld.

In het expertteam zaten experts uit de zorgwereld die op persoonlijke titel deelnamen. In het advies is, in het kader van de verantwoording, een lijst met deelnemers bijgesloten. Dit betreft onder andere bestuurders, artsen en verpleegkundigen uit de ziekenhuiswereld. Daarnaast is een klankbordgroep ingesteld waarin alle relevante partijen uit de zorgsector zitting hebben genomen.

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 1877.

⁴³ Kamerstuk 25 295, nr. 1673.

Een onderdeel van de opdracht aan het expertteam was het verzoek om pilots te starten voor de realisatie en monitoring van innovatieve ideeën rond COVID-zorg. Ter ondersteuning (van de realisatie hiervan) heb ik een bedrag van € 5 miljoen subsidie gereserveerd. Initiatiefnemers van testcases konden zich bij het expertteam melden voor includering in de aanpak van het expertteam. Het expertteam heeft testcases beoordeeld en geselecteerd die het meest relevant zijn om opschaling en effectievere inzet van COVID-ziekenhuiszorg te realiseren. Ik heb daarnaast subsidie beschikbaar gesteld om innovatieve ideeën, die nog onvoldoende in de praktijk zijn getest, door het expertteam te laten monitoren, zodat verwachte efficiency- en effectiviteitswinst kunnen worden gevalideerd en geleerde lessen voor het najaar van 2022 kunnen worden geïnventariseerd.

Zoals in de opdracht aan het expertteam is verzocht, adviseert het expertteam ook over regie en sturing in tijden van crisis. Het expertteam geeft in zijn advies aan dat wanneer de zorgcontinuïteit overal in het land in het geding is, centrale landelijke regie en sturing op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg noodzakelijk wordt. Zoals het expertteam daarbij stelt, ontbreekt het in het huidige stelsel aan een dergelijke centrale sturings- en regiefunctie. Dit wordt ook gesignaleerd in het eerste deel van het onderzoek naar de COVID-19-pandemie van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). De OVV beveelt daarbij aan de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat ik de bevoegdheid heb om sector-, regio- of instellingoverstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. Gelet op het advies van het expertteam op dit vlak tref ik voorbereidingen om centrale sturing en regie wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat er nog steeds geen pilots rond een andere organisatie van COVID-zorg zijn geweest, en ook niet in het verschiet liggen. Klopt het dat er tot op heden op geen enkele manier geëxperimenteerd is hoe je met dezelfde mensen de COVID-zorg slimmer kan organiseren? Zo ja, waarom komt dit niet van de grond? Is doorgerekend (bijvoorbeeld met de inzet van kunstmatige intelligentie) hoe we de beperkte middelen kunnen inzetten om zo veel mogelijk COVID-zorg beschikbaar te stellen bij een mogelijke volgende coronagolf? Is de Minister van mening dat in het geval van grote druk op de ic's, anesthesisten ingezet zouden moeten worden op de ic? Deze leden vragen tevens of het uitbreiden van het aantal Post Anesthesia Care Unit (PACU)-bedden een oplossing zou kunnen zijn voor de druk op de ic.⁴⁴ Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom wordt dit niet in veel meer ziekenhuizen toegepast?

Het advies van het expertteam laat zien dat er enorm veel initiatieven zijn ontwikkeld en goede voorbeelden zijn opgedaan met het anders organiseren van COVID-zorg. De kracht van het rapport is dat veel regionale initiatieven landelijk zijn op te schalen en er daarmee voor kunnen zorgen dat veel meer COVID-patiënten zorg kunnen ontvangen. Daarnaast konden geïnteresseerde partijen zich bij het expertteam melden voor het uitvoeren van innovatieve pilots. Een aantal initiatieven is afgefallen, omdat bijvoorbeeld dit najaar geen effect te verwachten was (buiten de scope van het expertteam) of er geen ROAZ-regio of zorgorganisatie verbonden was aan het initiatief. Daarnaast is een initiatief rond concentratie uit de regio Amsterdam teruggetrokken, omdat er momenteel te weinig COVID-patiënten op de IC liggen om een pilot te kunnen uitvoeren.

⁴⁴ Medisch Contact, 1 november 2021, «Anesthesiologen: «Uitbreiden PACU-bedden oplossing voor druk op de ic»».

Uiteindelijk zijn drie initiatieven positief beoordeeld door het expertteam en is één initiatief voorwaardelijk positief beoordeeld. Er is niet met kunstmatige intelligentie doorgerekend hoe schaarse middelen kunnen worden verdeeld, maar één van de positief beoordeelde pilots beoogt wel een simulatie naar de inzet van een regionale pandemie-unit. Betreffende partijen hebben op dit moment een subsidieaanvraag lopen bij het Ministerie van VWS of verwachten dat op zeer korte termijn te doen. Voor het initiatief van het Utrecht UMC is subsidie inmiddels toegekend. Het uitbreiden van de Post Anesthesia Care Unit (PACU)-capaciteit is een module in het advies van het expertteam en ik onderschrijf dat de inzet hiervan in tijden van crisis waardevolle extra capaciteit kan opleveren, met name ten behoeve van de doorgang van de reguliere U3-, U4- en U5-zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister een scenario heeft ontwikkeld voor het geval dat dit najaar tegelijk een griepgolf en een coronagolf plaatsvindt. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan dit scenario met de Kamer gedeeld worden?

Voor de langetermijnstrategie COVID-19 houdt het kabinet rekening met verschillende scenario's, zoals aangegeven in de brief «Lange termijn aanpak COVID-19» van 1 april jl. aan uw Kamer.⁴⁵ Er wordt rekening gehouden met scenario's variërend van licht (verkoudheidsscenario) tot zwaar (*worst case*). Daarbij staan twee beleidsdoelen centraal: sociaal-maatschappelijke en economische vitaliteit/continuïteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Het in de vraag specifiek genoemde scenario is niet apart aangegeven door KNAW/WRR. In de voorbereidingen die door het kabinet worden getroffen, wordt hier wel rekening mee gehouden. Zie verder de antwoorden op vragen 21 en 69.

*Kan de Minister een reactie geven op de oproep van de Patiëntenfederatie Nederland waarin zij stellen dat mensen die langdurig moeten wachten op hun operatie vanwege uitgestelde zorg, met regelmaat gecontacteerd zouden moeten worden door het ziekenhuis?*⁴⁶

Ik begrijp de oproep van de Patiëntenfederatie en heb daarom in overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders concrete afspraken gemaakt over op welke wijze patiënten die te lang moeten wachten op zorg geholpen kunnen worden. Daarbij hoort ook een juiste informatievoorziening richting de patiënt. Zie hiervoor het antwoord op vraag 5.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over de gevolgen van Long COVID. Hierover hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen. Zij zijn benieuwd naar de laatste cijfers over Long COVID. Hoeveel meldingen van Long COVID zijn er op dit moment bekend bij het ministerie? Hoeveel van deze patiënten vallen hierdoor langer dan drie maanden (gedeeltelijk) uit? Bij hoeveel procent van de COVID-19 patiënten komt Long COVID voor (zo ver dat nu bekend is)? Ook zijn deze leden benieuwd hoe Long COVID-patiënten worden betrokken bij beleid. Zijn patiënten tot nu toe betrokken geweest bij beleid? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet en is de Minister bereid om dit voortaan wel te doen? Deze leden horen dat patiënten en experts oproepen tot gespecialiseerde Long COVID-centra voor patiënten met complexe klachten. Is de

⁴⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

⁴⁶ Dagblad van het Noorden, 31 mei 2022, «Patiëntenfederatie: houd contact met wachtende voor operatie».

Minister bereid om deze oproep serieus te nemen? Zo ja, wanneer worden hier stappen in gezet? Zo nee, waarom niet?

C-support, dat in opdracht van het Ministerie van VWS de nazorg voor post-COVID op zich heeft genomen, heeft inmiddels bijna 15.000 mensen met post-COVID geregistreerd en ondersteund.

Recent onderzoek⁴⁷ onder ongeveer 7.000 mensen met post-COVID uit de populatie van C-support laat zien dat 91% van de onderzochte mensen met post-COVID voorafgaand aan de coronabesmetting betaald werk had. Hiervan valt tussen de 77% en 93% gedeeltelijk of geheel 3 maanden of langer uit. Op dit moment zien we dat 31% van de totale groep respondenten (nog) helemaal niet in staat is om het werk te hervatten, en dat 46% minder werkt. Van de mensen die minder kunnen werken, werkt men gemiddeld 53% minder; van gemiddeld 34 uur per week naar 16 uur per week, een verschil van 18 uur.

Een wetenschappelijk breed-geaccepteerde diagnose van post-COVID bestaat nog niet. Het Nivel⁴⁸ heeft middels een vragenlijst en data-analyseonderzoek gedaan naar (de klachten van) mensen met post-COVID. Een belangrijke kanttekening is dat het hier de klachten betreft van mensen die in de eerste of tweede golf de huisarts bezochten met COVID-symptomen. Afhankelijk van de te hanteren definitie van post-COVID kreeg 20–37% van de onderzochte populatie te maken met post-COVID. De resultaten van het Nivel-onderzoek kunnen niet één op één worden doorvertaald naar de prevalentie van post-COVID onder alle mensen met coronabesmetting.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft het bureau Blauw Research onderzoek gedaan naar de behoeftes van mensen met post-COVID.⁴⁹ Hiervoor zijn meerdere mensen met post-COVID geïnterviewd naar hun inzichten met betrekking tot beleid en communicatie. De conclusies die daaruit volgen neem ik serieus en wordt besproken met betrokkenen. De output hiervan neem ik mee bij de besluitvorming over toekomstig beleid en de communicatie hierover. Daarnaast ben ik voortdurend in gesprek met de patiëntenorganisaties. Denk aan C-support, het Longfonds en de patiëntengroep Long Covid Nederland.

Ik heb kennisgenomen van de oproep van experts tot gespecialiseerde post-COVID-centra voor mensen met langdurige klachten na een coronabesmetting. Op dit moment is er nog veel onduidelijk over langdurige klachten na een COVID-besmetting. Daarom wordt er veel onderzoek gedaan naar de juiste diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg voor mensen met post-COVID. Gemiddeld verschijnen er op dit onderwerp – internationaal gezien – circa 150 wetenschappelijke publicaties per maand. Aan deze voorlopige onderzoeksresultaten kunnen echter nog geen conclusies worden verbonden. Het is nu aan het veld, zoals zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn en verzekeraars, om te kijken wat voor een ieder met langdurige klachten na een COVID-besmetting de beste aanpak is. Hiervoor gebeurt op dit moment al veel op verschillende plekken in het land. C-support werkt aan een plan voor de organisatie van expertisecentra voor postinfectieuze aandoeningen. Ik vind het goed dat C-support zich hard maakt voor mensen met langdurige klachten na een COVID-besmetting en blijf de komende periode in gesprek

⁴⁷ Zie: <https://www.c-support.nu/start-meerjarig-onderzoek-long-covid/>

⁴⁸ Zie: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/beter-zicht-op-het-aantal-personen-met-het-post-covid-syndroom>

⁴⁹ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/04/30/behoefte-van-post-covid-patienten>

om te kijken wat er nodig is voor deze groep. De uitkomsten van de gesprekken met C-support neem ik mee in de besluitvorming over toekomstig beleid. Daarnaast zullen we vanuit het Ministerie van VWS partijen in contact met elkaar brengen.

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het kabinet een verantwoordelijkheid heeft voor de mensen die tijdens de coronacrisis in een essentiële sector werkten om de maatschappij draaiende te houden. Deze leden hebben vragen over de stappen die (niet) worden gezet om werknemers met Long COVID-klachten te ondersteunen. Is de Minister bereid om de subsidieregeling voor zorgverleners met Long COVID uit te breiden van alleen zorgmedewerkers naar een grotere groep? Zo ja, aan welke groep van werknemers denkt de Minister? Zo nee, waarom niet?

Zoals in de brief van 25 februari jl. beschreven, heeft het kabinet ervoor gekozen om specifiek en alleen werkgevers in de zorg in deze te ondersteunen voor specifiek deze periode (Kamerstuk 25 295, nr. 1813). De reden hiervoor was de uitzonderlijke combinatie van factoren in de zorgsector in het begin van de pandemie, namelijk:

- er is een beroep gedaan op het zorgpersoneel om te blijven werken,
- er werd gewerkt met COVID-patiënten,
- als gevolg van de druk op de zorg en algehele coronamaatregelen waren er belemmeringen voor de re-integratie, en
- er zijn grote tekorten aan zorgpersoneel.

De leden van de PvdA-fractie zien de subsidieregeling als een tijdelijke oplossing om mensen langer de kans te geven om te herstellen en te re-integreren. Daarmee wordt echter te weinig gedaan aan de grote financiële schade die werknemers in essentiële sectoren met Long COVID hebben opgelopen. Naar de mening van de genoemde leden is het daarom zaak dat deze mensen snel en eerlijk gecompenseerd worden. Kan de Minister aangeven of het kabinet het met genoemde leden eens is dat er een fonds zou moeten komen om werknemers tegemoet te komen? Zo ja, welke acties wil het kabinet nemen om deze mensen verder tegemoet te komen? Zo nee, waarom niet? Hoe groot zou de groep zijn die mogelijk hier gebruik van kunnen maken? Deze leden constateren dat Long COVID al is aangemerkt als beroepsziekte. Kan de Minister aangeven of het kabinet bereid is om voor werknemers uit essentiële sectoren een vergelijkbare regeling in te stellen als de regeling Tegemoetkoming Stoffengerelateerde Beroepsziekten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe wil het kabinet dit fonds precies vormgeven? Hoeveel geld is het kabinet bereid om hiervoor beschikbaar te stellen?

Naar aanleiding van de vragen van uw Kamer, de FNV en CNV wordt binnen het kabinet gesproken over de vraag naar compensatie van financiële gevolgen van langdurige ziekte als gevolg van post-COVID klachten. Zodra dit tot een conclusie heeft geleid, informeert het kabinet uw Kamer daarover. Ik kan daar niet op vooruitlopen.

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat werknemers die Long COVID hebben het beste in dienst kunnen blijven van hun werkgever. Dit zou eventueel kunnen door de mogelijkheid van een derde ziektejaar te creëren. Kan de Minister aangeven of het kabinet bereid is te kijken of een derde ziektejaar voor werknemers met Long COVID mogelijk is? Zo ja, is het kabinet ook bereid om te kijken of (een gedeelte van) deze extra kosten gedragen kunnen worden door de overheid?

Werkgevers zijn verplicht het loon van zieke werknemers gedurende een periode van twee jaar door te betalen. Voor veel ziekten, en helaas ook voor mensen met langdurige klachten na COVID-19, geldt dat het verloop

slecht te voorspellen valt en dat het herstel soms langer dan twee jaar duurt. In dergelijke gevallen kunnen werkgevers in overleg met hun werknemer kiezen om vrijwillig de periode van loondoorbetaling bij ziekte maximaal één jaar te verlengen. Ik ben niet voornemens een derde jaar (verplichte) loondoorbetaling specifiek voor werknemers met langdurige klachten door COVID-19 in te stellen. Het kabinet heeft besloten om specifiek en alleen werkgevers in de zorgsector extra ondersteuning te bieden vanwege het uitzonderlijke karakter van de beginfase van de coronapandemie en het werken in de zorg. Werkgevers in de zorg die kiezen voor een vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling met zes maanden, kunnen een subsidie krijgen als tegemoetkoming in de kosten van re-integratie en herstel. Hierover is de kamer in een brief op 25 februari jl. geïnformeerd.⁵⁰

Genoemde leden constateren dat er nog veel onbekend is over Long COVID. Zij weten dat enkele publiek gefinancierde onderzoeken lopen naar Long COVID. Wat is de aard en omvang van deze onderzoeken? Voor hoeveel onderzoeken heeft het ministerie opdracht gegeven en hoeveel geld is er voor deze onderzoeken beschikbaar gesteld? Waar zitten de gaten in de informatiepositie rond dit onderwerp? Ziet de Minister opties om meer te investeren in onderzoek naar Long COVID? Zo ja, welke opties? Zo nee, waarom niet?

Ten aanzien van de onderzoeken die lopen naar Long COVID, verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 25 en 26.

Voor het deelprogramma «COVID-19 aanhoudende klachten en nazorg» van ZonMw is in totaal € 7,8 miljoen beschikbaar gesteld met een looptijd van 2021 t/m 2024. Daarnaast is voor circa € 1 miljoen de genoemde RIVM-studie begroot in het COVID-programma van het RIVM voor de periode van 2021 t/m 2023.

Niet alleen op internationaal niveau, maar ook op nationaal niveau wordt veel onderzoek gedaan naar post-COVID. Deze onderzoeken hebben een gemiddelde looptijd van twee jaar. Tussentijdse resultaten van deze onderzoeken worden, indien mogelijk, gepubliceerd. Aan voorlopige onderzoeksresultaten kunnen nog geen conclusies worden verbonden. We wachten de definitieve resultaten met belangstelling af en bepalen indien nodig waar aanvullend onderzoek gewenst is.

De leden van de PvdA-fractie zien het belang van voorlichting van medische professionals en patiënten over Long COVID. Heeft de Minister al navolging gegeven aan het advies van de Gezondheidsraad om een voorlichtingscampagne te starten onder professionals en patiënten over Long COVID? Welke acties heeft de Minister al ondernomen? Welke acties wil de Minister nog nemen om de voorlichting op te zetten?

Het Ministerie van VWS heeft het onderzoeksbureau «Blauw Research» opdracht gegeven een studie uit te voeren naar de behoeftes van mensen met post-COVID op het gebied van communicatie en beleid. Het rapport beschrijft onder andere een set aan communicatie-acties die volgens mensen met post-COVID kunnen helpen bij (h)erkenning en sneller herstel. Deze acties neem ik mee bij de besluitvorming over toekomstig beleid en de communicatie hierover. Zo heb ik bijvoorbeeld reeds besloten de naamgeving «post-COVID» te hanteren in publiekscommunicatie vanuit het Ministerie van VWS.

⁵⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1813

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zij zijn positief gestemd over de afschaffing van de wettelijke basis voor het CTB. Is de Minister het ermee eens dat de mogelijkheid om CTB's te gebruiken ook niet thuishoort in de aangekondigde aanpassing van de Wet publieke gezondheid (Wpg)?

De eerste tranche aanpassing van de Wpg voorziet niet in de mogelijkheid om een coronatoegangsbewijs voor te schrijven voor bepaalde locaties om de verspreiding van het virus te remmen. Hoewel het coronatoegangsbewijs van belang kan zijn bij het tegengaan van besmettingen met COVID-19, is niet op voorhand duidelijk of dit ook geldt voor toekomstige epidemieën. Het kabinet blijft de komende tijd met sectoren in gesprek om te bezien of het coronatoegangsbewijs in bepaalde omstandigheden een gewenste maatregel kan zijn. Sommige sectorplannen geven aan dat inzet van het coronatoegangsbewijs in uitzonderlijke situaties een werkbare maatregel kan zijn. In het verlengde daarvan wordt bezien of hiervoor een aanvullende wettelijke grondslag gecreëerd zou kunnen of moeten worden.

Genoemde leden merken op dat de lange termijnstrategie van de Minister vooral is ingericht op de huidige situatie en dat de corona-aanpak van de heftigere scenario's uit het rapport van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) minder is uitgewerkt. Waarom is hiervoor gekozen? Is de Minister het ermee eens dat alle mogelijke scenario's voldoende moeten worden uitgewerkt in de lange termijn strategie? Zo ja, wat gaat de Minister doen om dit alsnog te doen?

Het kabinet werkt voor de aanpak voor de lange termijn met vier scenario's die mogelijke ontwikkelingen van het virus schetsen, van licht (verkoudheidsscenario) tot zwaar (*worst case*). Maatregelen worden getroffen in samenspraak met sectoren en op basis van de zwaarte van het epidemiologische scenario waarin Nederland zich op dat moment bevindt. Preventieve maatregelen kunnen de kans op verspreiding van het virus verkleinen en het tempo van opleving vertragen. Mochten we ons toch in een situatie met een hogere infectiedruk bevinden, dan hebben sectoren nagedacht over mogelijke interventie maatregelen, die helpen onderlinge contacten tussen personen veiliger te maken. Sectoren noemen bijvoorbeeld een registratie en gezondheidscheck van bezoekers, kuch- en spatschermen, placering, looproutes, werken op afspraak en het houden van 1,5 meter afstand als werkbare maatregelen. In een situatie met een hogere infectiedruk, zal het kabinet in samenspraak met sectoren bekijken hoe beide doelen van het coronabeleid gewaarborgd kunnen worden: sociaalmaatschappelijke continuïteit/vitaliteit en de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen.

Naast de inzet van sectoren staat de overheid klaar om de capaciteit voor testen, medicatie en zorg snel op te schalen – mocht dit nodig zijn. Zo bereiden de GGD'en zich onder andere voor op een vaccinatiecampagne waarbij, vanuit een basiscapaciteit van 300.000 prikken per week, in zes weken kan worden opgeschaald naar 1,5 miljoen prikken per week. Ook de capaciteit van testen kan grootschalig en landelijk worden opgeschaald: GGD'en bereiden zich voor om binnen twee weken de PCR-testcapaciteit op te schalen naar 15.000 per dag en in de vijf weken daarna naar een testcapaciteit van 100.000 per dag. Daarnaast vergroten we waar mogelijk de beschikbaarheid van zorgprofessionals en zetten we in op flexibele opschaling en optimalisatie van de zorgcapaciteit. Ook het

vinden van voldoende personeel – in het geval er aanleiding is dat GGD'en op moeten schalen in testen, vaccineren en bron- en contactonderzoek (monitoring en advies) – is een gezamenlijke en maatschappelijke opgave. Met een open samenleving als uitgangspunt kan het vinden van voldoende personeel immers een extra uitdaging zijn.⁵¹ Voor een nadere toelichting op de lange termijn strategie en hoe het kabinet en de samenleving klaar staan voor een mogelijke opleving, verwijs ik u naar de brief die ik uw Kamer – samen met de Ministers van EZK en SZW – hier onlangs over heb gestuurd.⁵²

De leden van de SP-fractie constateren daarnaast dat weinig stappen worden gezet om de zorg daadwerkelijk te versterken. Waarom wordt bijvoorbeeld niet geïnvesteerd in een eerlijke beloning voor zorgverleners, om zo meer zorgverleners aan te trekken? Waarom wordt niet ingezet op het heropenen van eerder gesloten essentiële ziekenhuisvoorzieningen, die we tijdens oplevingen van het virus hard nodig hebben? Hoe is de Minister van plan de motie van het lid Hijink⁵³ uit te voeren?

Er wordt wel degelijk geïnvesteerd in de beloning van zorgverleners. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stelt het kabinet jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) beschikbaar. Met deze bijdrage is een marktconforme loonontwikkeling in de zorg mogelijk. Het gaat bij deze bijdrage over grote bedragen. De afgelopen kabinetsperiode 2018–2021 is met de overheidsbijdrage circa € 6 miljard aan extra arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar gekomen. Voor 2022 bedraagt de ova ongeveer € 1,6 miljard. Voor de middengroepen uit de loongebouwen van zorg en welzijn heeft het vorige kabinet daar bovenop vanaf 2022 nog eens € 675 miljoen beschikbaar gesteld.

Op 13 mei jl. heb ik u de hoofdlijnenbrief over het programma Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg aan uw Kamer aangeboden. Hierin heb ik mijn aanpak op hoofdlijnen voor de uitdagingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn in de komende jaren geschetst, zoals die ten aanzien van behoud en instroom van personeel. In het Commissiedebat van 6 juli a.s. ga ik graag met uw Kamer in gesprek over mijn plannen.

Ik zet niet in op het heropenen van eerder gesloten ziekenhuisvoorzieningen. Die voorzieningen zijn over het algemeen niet voor niets gesloten. De beschikbaarheid van medewerkers is de kritieke factor voor het aanbod van zorg. De kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid van zorg zijn niet gediend bij het heropenen van gesloten locaties. Heropenen van gesloten locaties zou vooral personeel uit andere zorginstellingen wegtrekken; per saldo levert dat geen meerwaarde op.

Genoemde leden maken zich ook zorgen over de paraatheid van andere onderdelen van de pandemiebestrijding. Is Nederland bijvoorbeeld voldoende voorbereid om in het najaar bron- en contactonderzoek en het testen uit te voeren als dat nodig is? In hoeverre is de GGD in staat om op korte termijn grootschalig te vaccineren, mocht er een nieuwe vaccinatieronde nodig zijn? Waar bereidt de Minister zich op dat gebied op voor? Wordt alleen geanticipeerd op een vaccinatieronde voor kwetsbaren of voor de gehele bevolking?

⁵¹ Tijdens eerdere opschalingen was er personeel beschikbaar uit onder andere de horecasector en de evenementenbranche, dat (tijdelijk) in kon springen bij de GGD'en. Met het uitgangspunt van een open samenleving is dit mogelijk niet het geval.

⁵² Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

⁵³ Kamerstuk 25 295, nr. 1857.

Met de lange termijnstrategie, waarbij het zelftesten bij klachten de leidraad is, en de komst van het (niet-)digitaal zelfzorgadvies, is groot-schalig bron- en contactonderzoek (BCO) niet langer noodzakelijk. BCO blijft wel zinvol voor specifieke doelgroepen, (lokale) clusters of uitbraken. In de transitiefase verandert de focus van het BCO van het zicht houden op en indammen van het virus, naar het beschermen van kwetsbaren en het signaleren van uitbraken. Ook speelt BCO een rol bij het in kaart brengen van eigenschappen van eventuele nieuwe varianten. De BCO-capaciteit, die bestaat uit een regionale basiscapaciteit bij de GGD'en en een landelijke capaciteit bij de Landelijke Coördinatie COVID-19 Bestrijding (LCCB), is grotendeels afgeschaald. De personele capaciteit in de landelijke schil is sinds eind mei 2022 volledig afgebouwd. Regionaal hebben de GGD'en een beperktere (basis)capaciteit beschikbaar voor BCO. De basiscapaciteit wordt ingezet voor het adviseren bij specifieke uitbraken – zoals in intramurale instellingen waar mensen verblijven met een hoog risico op ernstig verloop. Wanneer opschaling van capaciteit toch nodig is, schalen de regio's eerst binnen de eigen GGD op. Bij een langdurige opschaling kan de landelijke schil weer worden geactiveerd. Met deze beperkte regionale capaciteit kan de GGD adviseren bij specifieke uitbraken en wordt – door tijdelijke intensivering van het BCO – bij een nieuwe variant zicht verkregen op verspreiding en eigenschappen van de variant. De LCCB behoudt de noodzakelijke infrastructuur, voor het geval er bij een sterke opleving behoefte is aan landelijke BCO-capaciteit. Voor antwoorden op de vraag over het opschalen van de testcapaciteit verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1.

Voor het uitvoeren van eventuele nieuwe vaccinatiecampagnes in het najaar heeft het RIVM samen met de GGD'en en andere uitvoerders uitvoeringsplannen opgesteld. De uitvoeringsplannen voor een mogelijke planbare vaccinatiecampagne in het najaar liggen klaar en zijn afgestemd met uitvoeringspartners. Bij een positief besluit over een volgende vaccinatieronde kunnen deze plannen direct ingezet worden. Er is een basisscenario opgesteld waarbij in ieder geval de meest kwetsbare groepen die in maart 2022 in aanmerking zijn gekomen voor een herhaalprik, ook in het najaar een herhaalprik aangeboden krijgen. Er wordt er ook rekening gehouden met een scenario waarin deze campagne moet worden opgeschaald omdat ook de griepgroep of de hele bevolking (12-plus) wordt toegevoegd aan de doelgroep voor een dergelijke campagne. Daarnaast werkt het RIVM momenteel met meerdere uitvoeringspartners aan een nooduitvoeringsplan om – bij een plotselinge ernstige opleving van SARS-CoV-2 – in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking te kunnen vaccineren. Dit uitvoeringsplan zal naar verwachting eind juni gereed zijn.

Voor de eerste twee scenario's bereiden de GGD'en zich voor om vanuit een basiscapaciteit van 300.000 prikken per week in drie weken op te schalen naar een capaciteit van 500.000 prikken per week en in de drie weken daarna naar een capaciteit van 1,5 miljoen prikken per week. Voor zowel testen als vaccineren geldt dat het vinden van voldoende personeel in een open samenleving een uitdaging blijft. Voor het nooduitvoeringsplan, waarin in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking gevaccineerd moet kunnen worden, zal meer nodig zijn dan enkel de inzet van de GGD'en. Daarom wordt er voor dit nooduitvoeringsplan ook gekeken naar wat nodig is om sneller op te schalen en hoe voor het vaccineren een beroep gedaan kan worden op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuispersoneel en huisartsen.

De leden van de SP-fractie zijn zeer kritisch op de keuze van de Minister om de virusbestrijding voor een groot deel uit te besteden aan de samenleving. Is de Minister het ermee eens dat het kabinet de verant-

woordelijkheid voor de virusbestrijding dient te dragen? Zo ja, hoe gaat het kabinet die verantwoordelijkheid op zich nemen? Worden bijvoorbeeld alle scholen voor het begin van het nieuwe schooljaar voorzien van betere ventilatie en CO₂-meters? Zo nee, waarom niet? Worden bijvoorbeeld alle horecagelegenheden de komende maanden voorzien van betere ventilatie en CO₂-meters? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet is van mening dat de strijd tegen de pandemie en het borgen van een open samenleving een verantwoordelijkheid is van iedereen: inwoners van Nederland, sectoren en overheden moeten het samen doen. Twee jaar pandemiebestrijding heeft uitgewezen dat, mede om het draagvlak in de samenleving te behouden en de uitvoering en naleving van maatregelen te waarborgen, een gemeenschappelijke aanpak vereist is. Het kabinet kijkt samen met allerlei geledingen uit de samenleving naar de beste manieren om de twee maatschappelijke doelen overeend te houden: sociaalmaatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Dit doen we door met de verschillende sectoren in gesprek te gaan en zo te komen tot een breed gedragen, gemeenschappelijke aanpak. Daarnaast zet de overheid in op onder andere monitoring van het virus, vaccineren, testen, medicatie en optimalisatie van de zorgketen. Voor een nadere toelichting op de lange termijn strategie, verwijs ik u naar de brief die ik uw Kamer – samen met de Ministers van EZK en SZW – hier onlangs over heb gestuurd.⁵⁴

Uit modellering van het RIVM blijkt dat ventilatie volgens de eisen van het Bouwbesluit 2012 de kans op aerogene transmissie sterk verkleint ten opzichte van geen ventilatie. De grootste toegevoegde waarde is niet te behalen in het uitrusten van de horeca met betere ventilatie, maar in het zorgen dat bestaande ventilatiesystemen goed gebruikt, ingeregeld en onderhouden worden. Eventueel kan CO₂-meting daar ondersteunend aan zijn, door gebrekkige ventilatie te signaleren en daarmee een rol te vervullen als bewustwordingsinstrument om het belang van goed ventileren te benadrukken. Het kabinet zet zich ervoor in dat hierover goede afspraken worden gemaakt met sectoren.

Voor de vragen omtrent het aantal scholen met een goed functionerend ventilatiesysteem en het aantal CO₂-meters verwijs ik u naar het antwoord op vraag 19.

Deze leden vragen de Minister daarnaast op welke datum het loket voor de subsidieregeling voor zorgwerkgevers met het oog op het behoud van langdurig zieke werknemers geopend wordt. Waarom heeft het zo lang geduurd voordat deze regeling feitelijk wordt uitgevoerd? Het was toch al lang duidelijk dat zorgverleners met Long COVID de grens van twee jaar ziekte zouden bereiken? Hoeveel zorgverleners zijn inmiddels al om deze reden ontslagen?

De subsidieregeling is 14 juni jl. gepubliceerd, waarna het aanvraagloket is geopend.⁵⁵ In de afgelopen periode is de openstelling van deze subsidie voorbereid: de subsidieregeling is opgesteld, met het UWV zijn afspraken gemaakt over gegevenslevering ten bate van de controle van aanvragen en ook is een aanvraagportaal gebouwd. De sociale zekerheid biedt, ongeacht de reden van langdurige ziekte of de sector waarin iemand werkt, een vangnet bij langdurige ziekte. Een vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling was op grond van de Wia reeds mogelijk.

⁵⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

⁵⁵ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/06/15/loket-subsidieregeling-voor-behoud-zorgmedewerkers-met-post-covidklachten-vanaf-vandaag-open>

Tijdens de periode van ziekte voordat er een Wia-aanvraag wordt gedaan, wordt de reden van ziekmelding niet geregistreerd. Ik kan daardoor niet aangeven hoeveel mensen die ziek zijn als gevolg van langdurige klachten na een COVID-besmetting, een Wia-aanvraag gaan doen. Op dit moment zijn er nog geen cijfers over de Wia-instroom in verband met langdurige COVID bekend. Sinds april 2020 heeft UWV een algemene diagnosecode voor COVID-19 in de registratiesystemen aangebracht en per 1 januari 2022 ook een diagnosecode specifiek voor langdurige klachten na een COVID-besmetting, te gebruiken bij alle Wia-claimbeoordelingen. Het UWV verwacht in juni 2022 de eerste instroomcijfers in de Wia vanwege langdurige klachten na COVID te publiceren.

De leden van de SP-fractie constateren dat er momenteel wordt onderhandeld over een mogelijk pandemieverdrag. Zij vragen de Minister wat zijn inzet is bij de onderhandelingen voor dit verdrag en hoe de motie van de leden Leijten en Van der Graaf⁵⁶, waarin wordt uitgesproken dat de gezondheidszorg een nationale competentie is en moet blijven, hierin wordt meegenomen.

Op dit moment worden vooral nog inhoudelijke elementen verzameld die de kern kunnen vormen van het instrument. Eind juli 2022 zal er een werkdocument op tafel komen te liggen, waarbij onder meer ook de juridische vorm van het uit te onderhandelen instrument op de agenda zal staan. De Nederlandse inzet is op hoofdlijnen gericht op internationale samenwerking en solidariteit, aangezien die cruciaal zijn om een pandemie het hoofd te bieden. De inzet van Nederland is erop gericht om tot betere afspraken te komen voor het versterken van de preventie, paraatheid en aanpak van pandemieën. Zoals met alle internationale instrumenten, zal de inhoud en vorm van een eventueel nieuw instrument worden bepaald door lidstaten zelf, met inachtneming van hun eigen nationale wet- en regelgeving. De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de gezondheidszorg ligt bij de lidstaten en het pandemieverdrag zal hier niets aan afdoen. Aangezien de inhoud en juridische basis van het uit te onderhandelen pandemie-instrument nog niet zijn vastgesteld, zal pas aan het einde van de onderhandelingen kunnen worden bepaald of Nederland daadwerkelijk partij zal worden bij het instrument. Indien het instrument de vorm krijgt van een internationaal verdrag, zal dit volgens de daarvoor geldende goedkeuringsprocedure aan het parlement worden voorgelegd. Voor Nederland is het van belang dat een nieuw pandemie-instrument substantiële meerwaarde biedt ten opzichte van de status quo en dat er gebruik wordt gemaakt van de lessen uit de COVID-19-pandemie en eerdere pandemieën. Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd, zal ik u op korte termijn nader informeren over de Nederlandse inzet bij het pandemieverdrag.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het zit met de voorraad aan coronavaccins. Kan de Minister in een tabel een overzicht geven van hoeveel vaccins nog op voorraad liggen en wanneer de houdbaarheidsdatum hiervan afloopt? Klopt de berichtgeving van het AD dat circa 3,5 miljoen vaccins de komende weken hun houdbaarheidsdatum verliezen? Zo ja, waarom is hier niet eerder op geacteerd? Genoemde leden vragen ook wat nu het huidige boosterregime precies is. Bestaat er een roadmap van welke groepen, en wanneer, voor een vervolgboost in aanmerking komen voor komend jaar? Waarom wordt, uit voorzorg, geen derde booster aangeboden drie maanden na de tweede booster? Klopt het dat een derde booster in principe niet schadelijk is en derhalve het altijd beter

⁵⁶ Kamerstuk 21 501-20, nr. 1600.

is om deze beschikbaar te stellen, dan de vaccins te laten verlopen en zodoende weg te gooien? Wat wordt ondernomen om de vaccinatie én boosterbereidheid op te hogen? De leden van de GroenLinks-fractie vragen bovendien of de regering de laatste wetenschappelijke inzichten met de Kamer kan delen over de vaccineffectiviteit en boostereffectiviteit na verloop van tijd.

Op dit moment is de voorraad zoals weergegeven in onderstaande tabel. Hierbij moet worden opgemerkt dat het mogelijk is dat de houdbaarheid van sommige van deze vaccins met goedkeuring van het EMA zal worden verlengd.

Vaccin	Aantal doses op voorraad	Expiratiedatum
Pfizer 12+	9 miljoen	Tussen 30 september en 31 december 2022
Pfizer 5-11	2,4 miljoen	Tussen 30 september en 31 december 2022
Moderna	4,5 miljoen	Tussen 29 september en 10 december 2022
Novavax	0,7 miljoen	31 augustus 2022
Janssen	0,8 miljoen	Tussen 30 juni en 31 juli 2023

De berichtgeving van het AD waar naar verwezen wordt is gebaseerd op mijn brief aan uw Kamer van 30 mei jl.⁵⁷ Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 19 april jl.⁵⁸ heeft het kabinet alles op alles gezet om zo veel mogelijk vaccins te doneren. Dit is onder andere gedaan via het ambassade-netwerk, via het Europees netwerk en door actief landen te benaderen die nog vaccins nodig hadden. In de afgelopen weken heeft Nederland 1 miljoen vaccins gedoneerd aan Vietnam en ruim 700.000 aan Nicaragua. Over het algemeen is er helaas wel sprake van een afgenomen behoefte aan vaccindonaties. Op dit moment heeft Nederland nog ongeveer 7,1 miljoen vaccins beschikbaar voor donatie. Het kabinet blijft zich inzetten om zoveel mogelijk van deze vaccins te doneren aan landen die hier behoefte aan hebben.

Over het aanbieden van een volgende herhaalprik laat ik mij adviseren door het RIVM en zijn «expertteam COVID-19-vaccinaties». Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden. Het is daarom niet mogelijk om nu al aan te geven of en wanneer er in het komend jaar nieuwe herhaalprikken zullen worden aangeboden en aan wie. Op 17 mei jl.⁵⁹ heb ik het advies van het RIVM met betrekking tot een volgende herhaalprik overgenomen. Gezien de huidige epidemiologische situatie is er geen aanleiding voor een nieuwe herhaalprik voor 60-plussers en specifieke doelgroepen na drie maanden. Het RIVM geeft daarbij aan dat een langere interval ook kan zorgen voor een iets hogere immuunrespons op de langere termijn. Ik vind het eventueel moeten vernietigen van vaccins geen argument om een vaccin in te zetten als daar geen medische noodzaak voor is. Vaccineren is een medische handeling en daarmee is het van belang dat we de potentiële gezondheidswinst van een extra vaccinatie altijd blijven wegen ten opzichte van de mogelijke risico's op bijwerkingen. De mensen die baat hebben bij een herhaalprik komen hier al voor in aanmerking. De Gezondheidsraad heeft aangegeven dat een extra vaccinatie voor mensen jonger dan 60 jaar, al dan niet uit een medische risicogroep, nauwelijks extra gezondheidswinst oplevert. Daarnaast zijn de vaccins die worden gebruikt in de lopende campagnes voornamelijk mRNA-vaccins die nog zeker tot het einde van het jaar houdbaar zijn.

⁵⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1869.

⁵⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1837.

⁵⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1843.

Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen de coronaprik halen die hen geadviseerd wordt, is het noodzakelijk om mensen in staat stellen een weloverwogen keuze te maken om zich wel of niet te laten vaccineren. Er is daarom blijvend aandacht voor het laagdrempelig beschikbaar stellen van de coronavaccinatie, het breed verstrekken van informatie en gerichte inspanningen om degenen die nog niet zijn gevaccineerd te bereiken. Het belang van vaccinatie wordt voortdurend benadrukt, ook wanneer het coronavirus minder aanwezig is, met brede én doelgroepgerichte communicatie, middelen en interventies. Het doel is om alle Nederlanders de mogelijkheid te bieden om zichzelf en de kwetsbaren in de maatschappij met een coronaprik te beschermen tegen ernstige ziekte en sterfte door corona.

Met betrekking tot de vaccineffectiviteit wil ik u wijzen op de publicatie van het RIVM van 7 juni jl.⁶⁰ over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname gebaseerd op data van 1 februari 2022 t/m 31 mei 2022. Hieruit blijkt dat de vaccineffectiviteit van de basisserie tegen ziekenhuisopname 23% is. Na een boostvaccinatie stijgt deze naar 77%. Voor de 60-plussers die een herhaalprik hebben gehad liep de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname na de herhaalprik op naar 86%. De vaccineffectiviteit tegen IC-opname is respectievelijk 28%, 88% en 87%. Dit betekent dat de kans op ziekenhuisopname voor mensen die een boosterprik hebben ontvangen ruim 3 keer kleiner was dan voor mensen die alleen de basisserie ontvangen hebben. Voor 60-plussers die een herhaalprik hebben gehad is de kans om in het ziekenhuis te moeten worden opgenomen met COVID-19 1,5 keer kleiner dan voor de 60-plussers die alleen een boostvaccinatie hebben gehad.

Wanneer gaat de subsidieregeling in de zorg in («Tijdelijke ondersteuning voor behoud zorgmedewerkers met Long COVID»)? Hoeveel is voor deze subsidieregeling begroot en waarom duurt het zo lang totdat deze subsidieregeling actief wordt?

Voor het antwoord op de vraag wanneer de subsidieregeling open gaat, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 49. Zoals gesteld in de beantwoording op vraag 49.

Voor de subsidieregeling is inclusief uitvoeringskosten € 30 miljoen begroot. Hierbij is er overigens rekening mee gehouden dat bij de aanvraag geen onderscheid kan en mag worden gemaakt naar of er al dan niet sprake is van langdurige ziekte door post-COVID klachten. De regeling staat daarom open voor alle vrijwillige verlengingen van de loondoorbetaling die werkgevers afspreken met werknemers die in de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020 langdurig ziek zijn geworden en in de zorg werkzaam zijn.

Tot slot vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de Minister een overzicht kan maken van welke regelingen er op dit moment zijn aangaande het gratis verspreiden van zelftesten en persoonlijke beschermingsmiddelen. Hoe wordt de aangenomen motie van het lid Westerveld⁶¹ over verlenging van de regeling persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor kwetsbaren uitgevoerd?

Overzicht regelingen:

⁶⁰ RIVM (2022). Effectiviteit van COVID-19-vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 1-2-2021 – 31-5-2022). Zie: <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/kans-op-ziekenhuisopname-na-herhaalprik-voor-60-plussers>

⁶¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1851.

1. Via apotheken worden persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en zelftesten verstrekt aan mantelzorgers, pgb-gefinancierde zorgverleners en cliënten in thuisisolatie;
2. Via gemeenten en maatschappelijke organisaties worden op dit moment zelftesten voor gebruik bij corona gerelateerde klachten en mondneusmaskers verspreid aan mensen met een laag inkomen;
3. Via scholen en onderwijsinstellingen worden op dit moment zelftesten voor het gebruik bij corona gerelateerde klachten door onderwijspersoneel, leerlingen en studenten verspreid.

De motie Westerveld vraagt het kabinet om de regeling persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor mensen met een kwetsbare gezondheid en mantelzorgers via apotheken ook na 1 juni 2022 te verlengen. De pakketten zijn ook vanaf 1 juni beschikbaar voor cliënten. Pakketten kunnen op de gebruikelijke manier via apotheken verkregen worden. Op de langere termijn is nog een adviesaanvraag in voorbereiding over de eventuele lange termijn verstrekking aan kwetsbaren zoals ook in de laatste brief over de langetermijnstrategie door dit kabinet nogmaals is benoemd.

Ook vraagt de motie het kabinet om FFP2-maskers voor mensen met een kwetsbare gezondheid en mantelzorgers toe te voegen aan de huidige pbm-regeling voor kwetsbaren. Ik heb de afgelopen periode in overleg met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) onderzocht hoeveel van deze FFP2-maskers er op voorraad zijn. Daaruit blijkt dat er op dit moment voldoende FFP2-maskers beschikbaar te zijn in de niet-essentiële voorraad van het LCH om direct te kunnen gaan leveren aan apotheken voor deze kwetsbare doelgroep. Doordat de huidige pbm-pakketten al door het LCH samengesteld worden en er geen externe partijen betrokken zijn bij het inpakken, kan de toevoeging van FFP2-maskers aan de pakketten redelijk snel plaatsvinden. Dat betekent dat vanaf begin juni 2022 de FFP2-maskers toegevoegd zijn aan de huidige pakketten en beschikbaar zijn voor de doelgroep via apotheken. Omdat de FFP2-maskers niet beschikbaar gesteld kunnen worden uit de «niet-essentiële voorraad» kan deze actie uitgevoerd worden zonder dat dit ten koste gaat van de voorraad die beschikbaar moet blijven voor de gezondheidszorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de DENK-fractie

De leden van de DENK-fractie hebben met grote ontsteltenis kennisgenomen van het feit dat het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus is geannuleerd.

De zomervakantie staat voor de deur. Nederlanders staan op het punt zich in grote getalen te verzamelen op de verschillende vliegvelden in dit land om vervolgens allerlei exotische plekken op aarde te bezoeken. De terrasjes raken weer vol, jongeren gaan de discotheken weer in en ook festivals zijn weer helemaal booming. Hartstikke fijn dat dit allemaal weer zonder gemaar (en hopelijk zonder groot gevaar) mogelijk is. Er blijft echter wel een risico schuilen in dit feestelijke gebeuren. Een risico dat volgens genoemde leden niet onbesproken kan blijven. Een risico dat gedegen voorzorgsmaatregelen verdient. Deze leden hebben het hier natuurlijk over het enorme risico op een toename aan coronagevallen en eventuele toename van de ziekenhuisbezetting.

- a. *Heeft de Minister al een plan over hoe om te gaan met eventuele toename van het aantal corona patiënten? Zo nee, waarom niet?*
- b. *Hoe onderscheidt dit plan zich van de aanpak van de afgelopen twee jaar?*
- c. *Hoe gaat de Minister, bij een corona-opleving in het najaar, ervoor zorgen dat de zorg niet weer overrompeld wordt?*

- d. *Hoeveel ic-capaciteit is er momenteel beschikbaar om een eventuele corona-opleving na de zomerperiode op te vangen?*
- e. *Hoeveel ic-capaciteit verwacht de Minister in het najaar nodig te hebben?*

Zie antwoord op vraag 17. Verder werkt het kabinet met onder meer zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de NZa toe naar afspraken over de financiering en de instandhouding van de IC-opschaling en -beschikbaarheid in 2023. We onderzoeken hoe deze afspraken samen met betrokkenen concreet vormgegeven kunnen worden en welke middelen daarvoor nodig zijn. Daarbij nemen we de inzichten van de afgelopen twee jaar mee. Ook betrekken we daarbij de adviezen, zoals:

- het opschalingsplan van Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en de Beroepsvereniging Verzorgenden & Verpleegkundigen (V&V) over de IC-capaciteit najaar/winter 2022/2023,
- het advies van de taskforce Ondersteuning Optimale Inzet Zorgverleners en
- het advies van het expertteam.

Heeft de Minister ook een worst-case scenario uitgewerkt? Zo nee, waarom niet?

Het kabinet bereidt zich op verschillende scenario's voor, waaronder een worst-case scenario, zoals uiteengezet in de Kamerbrief over de lange-termijn aanpak COVID-19 van 1 april jl.⁶² Deze scenario's zijn gebaseerd op de scenario's van de WRR en KNAW en schetsen de mogelijke epidemiologische ontwikkelingen van het virus, variërend van licht (verkoudheidsscenario) tot zwaar (*worst case*). Ook sectoren bereiden zich op verschillende scenario's voor. In de vervolgbrief over de lange termijn aanpak COVID-19 van 13 juni jl., is nader ingegaan op de voorbereidingen die de overheid, de zorgsector, sectoren en doelgroepen treffen voor nieuwe vaccinatierondes, opschaalbare capaciteit voor testen, beschikbaarheid van medicatie, de stappen die gezet worden in het optimaliseren van de zorgketen en de vervolgstappen voor de sectorale aanpak.

Wat gaat de Minister doen om er zeker van te zijn dat wij niet weer achter de feiten aanlopen en de samenleving in het najaar weer op het slot moet?

Allereerst is het belangrijk om zicht te houden op het virus. We willen oplevingen zo vroeg mogelijk signaleren met instrumenten zoals rioolwatersurveillance en Nivel-peilstations. Daarnaast monitoren we de ernst van het virus, de druk op de zorg en de immuniteit tegen het virus. Naast zicht houden op het virus, is het van belang om paraat te staan wanneer een opleving zich daadwerkelijk aandient. Hiertoe bereiden we ons voor op het gebied van vaccineren, testen en medicatie. Ook werken we internationaal samen. Verder is het belangrijk dat de zorgketen goed kan blijven functioneren, ook bij een opleving van het virus. Daarom willen we de zorg optimaliseren. Hiertoe is het Expertteam COVID-zorg in de ziekenhuis en de Taskforce ondersteuning optimale inzet zorgmedewerkers opgericht. Het expertteam en de taskforce hebben recent hun eindadvies opgeleverd. We willen de adviezen zo snel mogelijk implementeren. Tenslotte dragen de sectorplannen bij aan het openhouden van de samenleving (zie ook het antwoord op vraag 62).

Zijn er enige ontwikkelingen met betrekking tot corona-geneesmiddelen, zoals de door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) goedgekeurde coronapil van Pfizer? Verwacht de Minister dat deze pillen in het najaar

⁶² Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

grootschalig ingezet kunnen worden als aanvulling of als alternatief op de huidige behandelmethodes om zodoende de ziekenhuizen te ontlasten? Zo nee, waarom niet?

Zowel voor Paxlovid als Lagevrio geldt dat de onderhandelingen in het eindstadium zitten. Mijn verwachting is dat deze spoedig zullen worden afgerond. Ik zal Lagevrio niet aankopen totdat een handelsvergunning is afgegeven voor dit geneesmiddel. Zolang geen handelingsvergunning is afgegeven, verwacht ik niet dat het middel in het najaar kan worden ingezet. Om te bepalen hoeveel van welk geneesmiddel ik moet aanschaffen, baseer ik mij onder andere op input van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) en het aantal ziekenhuisopnamen tijdens voorgaande besmettingspieken. Ook de behandelrichtlijn is hierbij van belang. Voor alle COVID-behandelingen geldt dat de beroepsgroepen zelf bepalen hoe zij deze geneesmiddelen inzetten of zullen gaan inzetten.

Hoe staat het met de doorontwikkeling van de vaccins?

Voor nadere informatie over de aangepaste vaccins verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 15.

Nog belangrijker dan het oplossen van een eventuele corona-uitbraak is het voorkomen ervan. De leden van de DENK-fractie zijn dan ook benieuwd welke maatregelen de Minister in gedachten heeft om een eventuele uitbraak in de kiem te smoren.

- a. *Welk percentage Nederlanders is in het afgelopen half jaar gevaccineerd?*
- b. *Welk percentage Nederlanders is in het afgelopen half jaar al eens met het coronavirus besmet geweest?*
- c. *Wat is de huidige vaccinatiestrategie?*
- d. *Is de Minister al begonnen met het vaccineren van ouderen en de meest kwetsbaren? Zo nee, wanneer wil de Minister hiermee beginnen?*
- e. *Is de Minister het met deze leden eens dat al in september uitnodigingen moeten worden gestuurd naar de meest kwetsbaren?*

Van 1 januari 2022 tot 12 mei 2022 zijn 4,638 miljoen unieke personen positief getest bij de GGD. Dit betekent dat ten minste 26% van de 17,6 miljoen inwoners van Nederland in deze periode besmet is geweest. Op dit moment lopen er nog verschillende vaccinatiecampagnes met verschillende doelgroepen. Iedereen die nog geen basisvaccinatie of nog geen boostvaccinatie heeft gehad kan deze nog steeds halen. Daarnaast wordt aan 60-plussers en mensen uit specifieke doelgroepen een herhaalprik aangeboden. De diverse campagnes hebben dus verschillende groepen die hiervoor in aanmerking komen en daarmee verschillen ook de gevraagde percentages.

- In het afgelopen half jaar hebben ruim 131.000 personen van 12 jaar en ouder de basisserie afgerond. Dit is ongeveer 0,7% van alle 12-plussers in Nederland.
- In het afgelopen half jaar zijn er ruim 4,4 miljoen boostvaccinaties gezet bij 12-plussers. Dit is ongeveer 28,5% van de 12-plussers.
- Sinds de start van de herhaalprikcampagne (week 9) zijn er bijna 2 miljoen herhaalprikken gezet. Daarmee heeft ongeveer 42,5% van alle 60-plussers een herhaalprik gehad.

Ik vind het niet verstandig om nu al te besluiten over een vaccinatieronde in het najaar. Over het aanbieden van een volgende herhaalprik laat ik mij adviseren door het RIVM en zijn «expertteam COVID-19-vaccinaties». Het RIVM heeft een responsteam ingericht dat elke twee weken de noodzaak

voor revaccinatie in relatie tot de epidemiologische situatie duidt. Op basis hiervan maakt het RIVM een inschatting van de noodzaak om een herhaalprik te overwegen. Indien nodig kan diezelfde week door het «expertteam COVID-19-vaccinaties» geadviseerd worden over de inzet van een herhaalprik, al dan niet voor specifieke doelgroepen. Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl.⁶³ heb aangegeven, houden we er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn. Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden.

Zijn er andere maatregelen om een eventuele corona-uitbraak te voorkomen? Zo ja, welke zijn dat?

Naast vaccinaties, is testen een belangrijk instrument om een eventuele corona-uitbraak te voorkomen. Testen geeft mensen zicht op een eventuele coronabesmetting, waardoor ze passende maatregelen kunnen nemen om zichzelf en hun naasten te beschermen. Met een zelfzorgadvies krijgen burgers handelingsperspectief voor hoe te handelen na een positieve testuitslag (bron- en contactonderzoek is vooral zinvol voor specifieke doelgroepen of clusters/uitbraken). Met isolatie wordt de besmettingsketen doorbroken.

Ook de sectoren kunnen met een sectorale aanpak bijdragen aan het voorkomen van eventuele corona-uitbraken. In de plannen van de sectoren is veel aandacht voor preventieve maatregelen; denk hierbij schoonmaakprotocollen en ventilatie. Ook hebben sectoren werkbare interventie maatregelen genoemd zoals registratie- en gezondheidscheck, kuch- en spatschermen, placering, looproutes en werken op afstand.

Met communicatiecampagnes zetten we in op naleving van adviezen en eventuele maatregelen. Op dit moment zijn de basisadviezen: was vaak je handen, hoest en nies in je elleboog, blijf thuis bij klachten en doe een zelftest, zorg voor voldoende frisse lucht en haal een vaccin, booster- of herhaalprik, nog steeds van kracht. Als er van mensen gevraagd wordt zich weer aan bepaalde maatregelen te gaan houden, vraagt dat wederom om een gedragsverandering. En gedrag is een zeer belangrijke succesfactor voor het beperken van het aantal besmettingen. Om zo goed mogelijk het publiek te bereiken, worden inzichten in gedrag en factoren die daarop van invloed zijn nauwlettend gevolgd.

Welke maatregelen zullen als eerst uit de gereedschapskist worden gehaald op het moment dat er een opleving is van het aantal coronabesmettingen?

De eerste inzet is een opleving van het virus zoveel mogelijk te voorkomen door preventieve maatregelen te treffen. Hiervoor zijn de basisadviezen van belang: was vaak je handen, hoest en nies in je elleboog, blijf thuis bij klachten en doe een zelftest, zorg voor voldoende frisse lucht en haal een vaccin, booster- of herhaalprik. Ook betreft het de maatregelen die de kans op verspreiding van het virus verkleinen, zoals hygiëne- en schoonmaakprotocollen en ventilatie. Door het treffen van preventieve maatregelen, kan een opleving van het virus geremd worden. Het kabinet blijft de komende maanden in gesprek met sectoren over het treffen van deze maatregelen, in voorbereiding op een eventuele opleving van het virus.

⁶³ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

Uit verschillende informatiestukken die naar de Kamer zijn gestuurd, blijkt dat de Minister ervoor heeft gekozen om horeca & ondernemers deze zomer vrij spel te geven in het bepalen van de eigen corona-aanpak. De doe-het-zelf-aanpak van de Minister legt veel verantwoordelijkheid bij de ondernemers in dit land. Genoemde leden zijn blij dat er eindelijk vertrouwen wordt gegeven aan het volk. Nu corona al een tijdje onder de radar is, moet echter wel worden gewaakt voor onderschatting.

- a. *Hoe zorgt de Minister dat het gevoel van urgentie bij de ondernemers wordt gecreëerd en behouden?*
- b. *Hoe wordt gehandhaafd op naleving van de eigen corona-strategie van ondernemers?*
- c. *Heeft de Minister een plan B voor het geval de doe-het-zelf-aanpak niet het gewenste resultaat oplevert?*

We zijn als maatschappij als geheel, waaronder dus ook ondernemers, verantwoordelijk voor een open samenleving. Ondernemers en instellingen hebben de afgelopen twee jaar veel ervaring opgedaan met het omgaan met het coronavirus. Het kabinet wil de inzichten van sectoren gebruiken in de langetermijnaanpak. Het kabinet heeft sectoren gevraagd plannen op te stellen op basis van de verschillende scenario's van het coronavirus, zoals onderscheiden door de WRR/KNAW. Hierbij vraagt het kabinet aan sectoren om aandacht te hebben voor preventieve maatregelen, werkbare interventie maatregelen die contacten veiliger maken bij een opleving van het virus en preferenties ten aanzien van contactbeperkende maatregelen indien deze nodig zijn. De sectorplannen kunnen daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de twee nevengeschikte doelen van de langetermijnstrategie: sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Ook draagt de sectorale aanpak bij aan de voorspelbaarheid van en het creëren van draagvlak voor eventuele maatregelen. De sectorplannen staan, mits deze stevig genoeg zijn, aan de basis van het coronabeleid, ook als het virus opnieuw opleeft. Op basis van de duiding van het RIVM zal de overheid adviseren aan sectoren over het nemen van interventie maatregelen, zoals het plaatsen van spatschermen of looproutes. Op dat moment is het dus nodig om meer te doen dan alleen preventieve maatregelen om besmettingen en uitval van personeel te voorkomen. Het uitsluiten van de noodzaak zwaardere maatregelen te moeten nemen, kunnen we niet. Onzekerheden rond het virus blijven immers. Alleen in een zwart scenario kan het noodzakelijk zijn om zwaardere juridisch afdwingbare maatregelen te treffen.

Het kabinet is blij dat veel sectoren de handschoen hebben opgepakt en zich samen met het kabinet willen voorbereiden op een eventuele nieuwe opleving van het virus. Dit stelt sectoren in staat om werknemers, klanten, bezoekers en publiek een veiligere omgeving te bieden. Hiermee verminderen ondernemers en instellingen de verspreiding van het virus en in het verlengde daarvan de kans op uitval van personeel en helpen zij bij het openhouden van de samenleving. Het is dus ook in het belang van de sectoren zelf om zich met maatregelen voor te bereiden op scenario's waarin het virus opblaait. Het kabinet blijft de komende maanden in gesprek met de sectoren om de sectorplannen verder vorm te geven en de urgentie van (solide) sectorplannen te benadrukken.

Bij de sectorale plannen wordt rekening gehouden met de uitvoering en de handhaafbaarheid. De sectoren hebben zelf belang bij de naleving van sectorplannen. Het naleven van solide sectorplannen draagt namelijk bij het aan openhouden van de samenleving. Het kabinet blijft de komende maanden in gesprek met de sectoren om de sectorplannen – inclusief naleving hiervan – verder vorm te geven. Hier worden ook de gemeenten

bij betrokken. Uw Kamer wordt in september 2022 geïnformeerd over de uitkomsten van het traject met de sectoren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Van Haga

De leden van de Groep Van Haga stellen dat op 31 mei jl. de motie van het lid Van Haga⁶⁴ werd aangenomen waarin wordt opgeroepen in overleg te gaan met beroepsorganisaties van artsen over het standaard aan Lareb melden van onverwachte ziektebeelden na vaccinatie. Zij weten inmiddels van een paar zeer ernstige bijwerkingen als ontstekingen aan het hart bij jonge mensen. De oversterfte baart eveneens grote zorgen. Op advies van het RIVM stopt de Minister met nieuwe rondes herhaalprikken. Klopt het dat reeds geplande boosterrondes voor 60-plussers wel doorgaan? Moet het «prikken en booster uit voorzorg», gezien de bijwerkingen niet helemaal stoppen? Is de Minister het met genoemde leden eens dat er geen bijzondere nood situatie is die het gebruik van experimentele vaccins rechtvaardigt? Kan de Minister nog een keer toelichten wanneer een experimenteel vaccin gebruikt mag worden? Kan de Minister aangeven hoe het staat met de definitieve goedkeuring van de COVID-vaccins? Wanneer is die te verwachten?

Het is niet correct dat het aanbieden van de herhaalprik gestopt is. 60-plussers en mensen uit een aantal specifieke doelgroepen die al een boostervaccinatie hebben ontvangen, kunnen nog steeds een herhaalprik halen. Op 17 mei jl. heb ik het advies van het RIVM met betrekking tot een volgende herhaalprik overgenomen⁶⁵. Gezien de huidige epidemiologische situatie is er geen aanleiding voor een nieuwe herhaalprik voor 60-plussers en specifieke doelgroepen na drie maanden. Bij elke vaccineronde laat ik mij deskundig adviseren, waarbij de potentiële gezondheidswinst van een extra vaccinatie altijd afgezet wordt tegen de mogelijke risico's op bijwerkingen. De bijwerkingen van vaccins worden zorgvuldig gemonitord door Lareb.

Het betreft vaccins waar het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) een voorwaardelijke handelsvergunning voor heeft afgegeven. Zoals ik op 1 april jl.⁶⁶ ook in reactie op vragen van het lid Van Meijeren (FvD) heb benoemd, wordt een voorwaardelijke handelsvergunning pas afgegeven wanneer het Europese Beoordelingscomité (CHMP) van het EMA de balans van werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit van een geneesmiddel positief heeft beoordeeld. Er zijn in het beoordelingsproces geen stappen overgeslagen. Op 11 mei jl.⁶⁷ heb ik ook in reactie op vragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) toegelicht dat de afgifte van een voorwaardelijke handelsvergunning losstaat van gebruik in een nood situatie. Noodgebruik is enkel aan de orde als een vaccin wordt toegediend voordat een (voorwaardelijke) handelsvergunning is afgegeven. In Nederland is geen sprake geweest van noodtoepassing of gebruik in een nood situatie, omdat dit vaccin is toegediend nadat het EMA en daarmee de Europese Commissie een voorwaardelijke handelsvergunning had afgegeven.

Nadat een voorwaardelijke handelsvergunning is verleend, moeten vaccinproducenten binnen vastgestelde termijnen aan specifieke verplichtingen voldoen. Zo moeten vaccinproducenten maandelijks een extra veiligheidsrapportage inleveren bij het EMA. Aanvullende verplichtingen zijn bijvoorbeeld het voltooiën van lopende of nieuwe onderzoeken of het verzamelen van aanvullende gegevens. Op deze manier kunnen de

⁶⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1850.

⁶⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1843.

⁶⁶ Aangangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2306

⁶⁷ Aangangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2690

beoordelingscomités van het EMA de baten-risicoverhouding van de vaccins goed in de gaten blijven houden. Het EMA publiceert de vastgestelde voorwaarden die aan de handelsvergunning worden gesteld in het Europese openbare beoordelingsrapport van het geneesmiddel (EPAR). In algemene zin geldt voor de producenten van de vaccins die op dit moment in Nederland worden gebruikt dat zij in ieder geval tot eind 2023 de tijd hebben om aan alle voorwaarden voor een handelsvergunning te voldoen. De termijnen verschillen per vaccin, zoals ook in de voorwaarden⁶⁸ van het EMA wordt beschreven.

Op 24 maart jl. sprak de Kamer met de Minister over het Europese DCC. Het was een wat kafkaësk debat. Er staat zwart op wit dat de EU het DCC beschouwt als een testcase voor een veel omvangrijkere Europese digitale identiteit. De Minister ontkende dat tijdens het debat. Het COVID-certificaat zou de vrije bewegingsruimte garanderen. Het is omgekeerd. Het beperkt de bewegingsvrijheid omdat je aan allerlei voorwaarden moet voldoen om te kunnen reizen. De Minister kon niet zeggen wat het allemaal gaat kosten aan beheer en onderhoud van de infrastructuur en de doorontwikkeling van het certificaat. Er is al 29 miljoen euro gereserveerd, maar er zou nog meer bijkomen. Kan de Minister inmiddels aangeven wat de Nederlandse belastingbetaler nog meer moet bijdragen aan het corona certificaat?

Genoemde leden zien geen reden om in te stemmen met het verlengen van het DCC en dus ook niet om in te stemmen met het ontwerp-Koninklijk Besluit. De volksgezondheid is er niet mee gebaat en de individuele gezondheid al helemaal niet. De voorhangprocedure van het koninklijk besluit vervalt aanstaande maandag, op 6 juni. In dit verband nogmaals de vraagtekens van genoemde leden bij het voorstel om het commissiedebat te schrappen omdat er geen dringende agendapunten zouden zijn. De dringende vraag van deze leden is nu om geen onomkeerbare stappen te zetten tot na behandeling van dit schriftelijk overleg. Tevens willen genoemde leden een tweeminutendebat aanvragen waarin het ontwerpbesluit verder aan de orde kan worden gesteld en moties ingediend kunnen worden.

Binnen de EU is het in sommige gevallen nog steeds nodig om met een Digitaal Corona Certificaat (DCC/QR-code) te reizen. De meeste Europese landen, waaronder Nederland, hebben deze verplichting echter laten vervallen. Zolang landen een COVID-19-vaccinatie-, herstel- of negatief testbewijs (kunnen) vragen, zal de ICT-infrastructuur met onder andere de CoronaCheck-app operationeel moeten blijven. De door het lid Van Haga genoemde € 29 miljoen betreft aanvullend budget voor 2022 dat bestemd is voor de kosten van alle tot nu toe gerealiseerde digitale ondersteuningsmiddelen in het kader van de pandemie. Hieronder vallen bijvoorbeeld CoronaMelder en GGD Contact, inclusief bijbehorende portalen en helpdesks, maar dus ook kosten voor het CoronaCheck-stelsel.

Voor het complete CoronaCheck-stelsel bedragen de te verwachten kosten voor 2022 en 2023 in totaal € 42,4 miljoen, waarvoor € 27,1 miljoen voor 2022 en € 15,3 miljoen voor 2023. Hieronder vallen onder andere de kosten voor het beheer, monitoring en doorontwikkeling van het

⁶⁸ De specifieke voorwaarden voor de verschillende vaccins zijn terug te vinden in de productinformatie van het betreffende vaccin. Zie voor BioNTech/Pfizer Comirnaty, INN-tozinameran (europa.eu), pagina 67. Voor Moderna: Spikevax, INN-elasomeraan (europa.eu), pagina 19 en 20. Voor Janssen: JCOVDEN, INN-COVID-19 vaccine (Ad26.COV2-S [recombinant]) (europa.eu), pagina 23. Voor AstraZeneca: Vaxzevria, COVID-19 Vaccine (ChAdOx1-S [recombinant]) (europa.eu), pagina 18 en 19. En voor Novavax: Nuvaxovid, INN-COVID-19 Vaccine (recombinant, adjuvanted); (europa.eu), pagina 16.

CoronaCheck-stelsel, de bevragingen van de Basisregistratie Personen (BRP), het Klantcontactcentrum, hosting en onderzoek.

Over de voor 2022 beraamde kosten van het coronacertificaat heb ik uw Kamer in december 2021 geïnformeerd. In de memorie van toelichting bij de Wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor 2022 (eerste incidentele supplettoire begroting) staat daarover het volgende:

«Voor het afnemen van testen in het kader van coronatoegangsbewijzen (CTB) wordt in 2022 een bedrag van € 215 miljoen gereserveerd. De CTB's worden alleen ingezet op basis van de epidemiologische situatie. De beschikbaarheid van de middelen op de VWS-begroting betekent niet automatisch dat het CTB-beleid wordt voortgezet. Er is een groep mensen die zich niet kan laten testen en vaccineren. Het amendement Bikker op de Wet Ctb heeft ertoe geleid dat we deze groep ook in staat stellen een QR-code te genereren. Hiertoe wordt er een apart orgaan opgezet dat deze groep gaat beoordelen waarvoor de verwachte kosten € 4 miljoen zijn. Daarnaast wordt ervoor gezorgd dat ook gevaccineerde reizigers zonder DCC aangesloten worden op het CTB systeem (€ 5,6 miljoen). In totaal wordt hiervoor in 2022 € 9,6 miljoen beschikbaar gesteld.»⁶⁹

De aanvullende vragen van de leden van de Groep van Haga aan de Minister betreffen de te verwachte ontwikkelingen in het najaar. De reden voor het verlengen van maatregelen, inclusief het DCC, is dat het totaal onduidelijk zou zijn wat er dit najaar gaat gebeuren. Weet de Minister al meer over mogelijk te verwachten mutaties van het coronavirus? Is gezien het RIVM-onderzoek naar nieuwe varianten – te lezen op de RIVM-website (Varianten van het coronavirus SARS-CoV-2) – al enigszins aan te geven wat we qua mutaties kunnen verwachten in het najaar?

Op basis van het onderzoek naar nieuwe varianten dat wereldwijd, in Nederland onder coördinatie van het RIVM, uitgevoerd wordt, verwachten we dat binnenkort (één van) de omikronvarianten BA.2.12.1, BA4 of BA5 dominant zal worden in Nederland. Of een toename in het aandeel BA.4/BA.5 en BA.2.12.1 ook gepaard zal gaan met een beduidende toename in het aantal besmettingen is nog onbekend. Deze nieuwe varianten lijken volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) niet ziekmakender dan de BA.2-variant die op dit moment het meest in Nederland voorkomt. Wel zijn er aanwijzingen dat antistoffen opgewekt door BA.1 minder effectief zouden kunnen zijn tegen deze varianten. Wat we in het najaar qua mutaties kunnen verwachten is nu niet aan te geven.

Hoe zit het met de kans dat corona pandemische proporties zou gaan aannemen gezien het feit dat bijna iedereen antistoffen heeft opgebouwd? Gezien de besmettelijkheid van de omikronvariant is wellicht een groot deel van de Nederlandse bevolking ermee in aanraking geweest en zijn er op grote schaal antistoffen opgebouwd. Kan de Minister de meest recente gegevens daarover met de Kamer delen?

Het RIVM onderzoekt de antistoffenniveaus en immuniteit van de Nederlandse bevolking tegen het coronavirus. De meest recente data van het RIVM zijn uit het najaar van 2021. Het aantal mensen dat afweer heeft opgebouwd tegen het virus door besmetting dan wel vaccinatie was toen 86,5%. Dit is nader uit te splitsen naar leeftijd, regio en vaccin.⁷⁰

⁶⁹ Kamerstuk 35 989, nr. 2

⁷⁰ Zie ook: <https://www.rivm.nl/pienier-corona-onderzoek/resultaten>

De opgebouwde immuniteit na een besmetting met bijvoorbeeld de omikronvariant betekent niet automatisch dat er geen risico meer is op verspreiding of op nieuwe varianten. Het is immers nog onduidelijk hoe de opgebouwde immuniteit tegen de ene variant beschermt tegen de andere (volgende) variant. Ook is er nog veel onbekend over de precieze bescherming en het verloop van de antistoffenniveaus.

Tegelijkertijd wijzen meerdere onderzoeken uit dat het overgrote deel van de Nederlandse bevolking door de vele blootstellingen aan verschillende varianten en vaccinaties, boosters en herhaalprikken enige immuniteit heeft opgebouwd. Dat is een groot verschil met het begin van de COVID-19-pandemie. Door deze aanwezigheid van immuniteit in het grootste deel van de bevolking zullen ook nieuwe varianten deels herkend worden en zal de ernst van de ziekte naar verwachting minder zijn.

We blijven deze ontwikkelingen monitoren en zetten in samenwerking met verschillende experts in op het genereren van meer bruikbare, recente serologische data over immuniteit op populatieniveau.

In de stukken over het RIVM-advies lezen genoemde leden dat er nog sprake zou zijn van een epidemie. De Minister vraagt bijvoorbeeld aan het RIVM: «Kunt u reflecteren op de noodzaak tot het voorlopig handhaven van de mondkapjesplicht met inachtneming van de huidige epidemiologische situatie?» Kan de Minister aan de hand van cijfers uitleggen hoe ernstig de epidemie momenteel is?

De cijfers worden bijgehouden op zowel de website van het RIVM als op het Coronadashboard. Deze week blijkt dat er sprake is van een verdubbeling van het aantal besmettingen. Dat laat onverlet dat we op basis van de huidige cijfers, met flink minder mensen in het ziekenhuis en op de IC, en met een stabilisatie van bijvoorbeeld het voorkomen van het virus in de rioolwatersurveillance, we ons nu in een relatief minder ernstige fase van de epidemie bevinden. We zien de laatste dagen een (lichte) toename van het aantal positieve testen, het aantal virusdeeltjes in het rioolwater en het aantal ziekenhuis- en IC opnames, maar dat is op dit moment nog niet direct reden tot zorg. Uiteraard blijven we de situatie nauwlettend monitoren.

Op de website van de GGD GHOR is te lezen dat de polymerase chain reaction (pcr)-test gegevens maximaal vijf jaar worden bewaard. Daarna worden ze vernietigd of anoniem gemaakt. De gegevens over de pcr-testen zijn belangrijk onderzoeksmateriaal voor de waarheidsvinding. Bijvoorbeeld over de vraag bij welke grenswaarde iemand een positieve testuitslag kreeg. Kan de Minister het bericht ontkrachten dat deze gegevens na een jaar worden vernietigd? Indien er al pcr-testmateriaal wordt vernietigd, op welke schaal gebeurt dit en met welke reden? Kan de Minister garanderen dat het pcr-test materiaal in ieder geval tien jaar behouden blijft?

Medische dossiers naar aanleiding van een testafpraak bij de GGD, bevatten in principe alleen een positieve of een negatieve testuitslag en geen Cycle threshold-waarde (of grenswaarde). Naast PCR-testen zijn er ook andere testen gebruikt (bijvoorbeeld TMA en LAMP) die geen Ct-waarde genereren. Bovendien biedt niet elke PCR-testuitslag een Ct-waarde. Daarnaast zijn de Ct-waarden tussen verschillende testsystemen van verschillende fabrikanten onderling niet zomaar vergelijkbaar. Omdat de Ct-waarde niet bijdraagt aan de behandeling, is deze in veel gevallen niet opgenomen in het medisch dossier bij de GGD. Als het laboratorium de Ct-waarde wel heeft meegegeven aan de GGD, dan maakt deze wel onderdeel uit van het medisch dossier.

Er zijn drie bewaartermijnen van toepassing op testuitslagen:

- De testketen bij de GGD'en is ingericht conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, hierbij geldt een bewaartermijn van twintig jaar.
- Conform de Wet publieke gezondheid worden gegevens in het kader van de meldplicht voor A-ziekten door de GGD maximaal vijf jaar bewaard.
- In de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen is een uitzondering opgenomen voor dossiers die uitsluitend een betrekking hebben op een testuitslag met het virus SARS-CoV-2. Dossiers met een negatieve testuitslag worden maximaal vier weken opgeslagen, dossiers met een positieve uitslag maximaal één jaar. Het is niet de bedoeling geweest van de wetgever om deze uitzondering van toepassing te laten zijn op de GGD'en. De verkorte bewaartermijnen zijn om die reden van toepassing op organisaties die speciaal in het leven zijn geroepen om testen op SARS-CoV-2 uit te voeren. In het wetsvoorstel Eerste tranche Wet publieke gezondheid is dit ook expliciet opgenomen om onduidelijkheid hierover in de toekomst te voorkomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Nu het commissiedebat over de ontwikkelingen rond corona is omgezet in een schriftelijk overleg, maken de leden van de JA21-fractie van de gelegenheid gebruik om de volgende inbreng te leveren.

Volgens het kabinet leven we nog altijd in een corona-epidemie. Historici van de toekomst mogen ooit bepalen wanneer de endemische fase is ingegaan. Onvoorstelbaar. Maar deze leden beseffen dat het geen enkele zin heeft om de Minister te vragen of dat beeld kan worden bijgesteld. Vanuit het perspectief dat het nu droog lijkt te worden, maar dat het ooit weer gaat regenen, sorteert het kabinet voor op de volgende virusvarianten. Daarbij hoort hardnekkig volhouden dat we ook nu nog in een epidemie leven. Gelukkig heeft de Eerste Kamer de eindeloze reeks verlengingen van de coronawet een halt toegevoerd.

Liever dan het kabinet met paraplu's te zien leuren, zien de leden van de JA21-fractie dat het dak wordt gerepareerd nu de zon schijnt. De Minister waarschuwt voor een zogenaamde najaarsgolf. Dan is het in ieder geval hoog tijd om eindelijk de gebrekkige ic-capaciteit op orde te brengen. In vergelijking met vergelijkbare landen mag duidelijk zijn dat Nederland te laag scoort. Genoemde leden hebben keer op keer aangedrongen om hierin verbetering te krijgen en grijpen dit schriftelijk overleg aan om dat weer te doen. Een één-op-één vergelijking met cijfers van andere landen is te kort door de bocht. Dat is helder.

Maar aan de andere kant is het te gemakkelijk als wordt verscholen achter verschillen in de invulling van ziekenhuiszorg en verschillen in de definitie van ic-capaciteit. Het tekort van Nederland aan basale ic-capaciteit gaat ons ongetwijfeld opnieuw opbreken wanneer deze capaciteit vroeg of laat op de proef wordt gesteld. Wat genoemde leden niet heeft overtuigd en ook niet gaat overtuigen, is de veronderstelling dat uitbouwen van ic-capaciteit investeren is in overcapaciteit. Voor deze leden is investeren nodig om de achterstand in te lopen. Die achterstand bestaat. Zij zien het dan ook als verplichting om deze inherente kwetsbaarheid in onze ziekenhuiszorg weg te nemen. Enkele vragen hierover.

Onderkent de Minister de noodzaak om de ic-capaciteit structureel naar een hoger niveau te tillen, zowel wat betreft het aantal bedden als wat het aantal beschikbare en opgeleide gekwalificeerde verpleegkundigen aangaat? Zo nee, hoe verantwoordt de Minister dit tegenover de

aanmerkelijk hogere ic-capaciteit in omliggende landen? Wat heeft de Minister ondernomen om eraan bij te dragen dat ziekenhuizen de ic-capaciteit naar een hoger niveau tillen? Wat heeft de Minister in het werk gesteld om ziekenhuizen te ondersteunen in het opleiden van personeel voor de ic-afdelingen? De leden van de JA21-fractie krijgen graag een overzicht waarin de inspanningen staan benoemd. Bij welke ziekenhuizen en in welke regio's doen zich met name (potentiële) knelpunten voor met betrekking tot de ic-capaciteit? Wat zijn de voorde-lingen om concentratie van zorg te organiseren voor patiënten die dezelfde soort ziekenhuiszorg en ic-zorg nodig hebben in het onverhoopte geval van een virusuitbraak die een groot beroep zal doen op ziekenhuiszorg? Kan de Minister een overzicht geven met acties die in gang zijn gezet om ervoor te zorgen dat patiënten in een situatie waarin dat nodig is geclusterde ziekenhuiszorg en ic-zorg kunnen krijgen?

Zie het antwoord op vraag 17. Aanvullend op deze beantwoording, geldt dat, om te zorgen voor voldoende medisch personeel in ziekenhuizen, het Ministerie van VWS jaarlijks fors investeert in het opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, ook voor de IC. Dat doet het Ministerie van VWS op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan, waarvoor kostendekkende financiering van opleidingsplekken beschikbaar wordt gesteld. Hier zit geen plafond op. In 2020 zijn in totaal 448 mensen gestart met de opleiding IC verpleegkunde, terwijl het Capaciteitsorgaan een aantal van 775 adviseerde. Het blijkt, mede vanwege de huidige personeelskrapte, lastig voor ziekenhuizen om de beschikbaar gestelde opleidingsplekken te vullen. We zijn daarom in gesprek met de sector hoe meer mensen opgeleid kunnen worden.

Behalve dat we blijven inzetten op het vullen van deze reguliere IC-opleidingsplekken, zetten we ook in op het breed en flexibel opleiden van mensen die al in de zorg werken. Dit om het mogelijk te maken om snel in te spelen op een veranderende zorgvraag, bijvoorbeeld als COVID weer piekt en de personele capaciteit meer moet verschuiven naar de IC-zorg. Met dit doel voor ogen is aan het begin van de pandemie meteen en versneld gestart met het aanbieden van de modulaire opleiding Basis Acute Zorg (hierna: BAZ). Inmiddels hebben 489 zorgmedewerkers deze opleiding afgerond en zijn er nog 1.019 bezig met de opleiding (peildatum april 2022). Tot 1 juli aanstaande kunnen zorginstellingen voor bekostiging van deze opleiding nog gebruik maken van de VWS Subsidieregeling opschaling IC- en klinische capaciteit.

Het kabinet is voornemens een nieuwe subsidieregeling op te zetten voor de bekostiging van de BAZ na 1 juli 2022. Hierdoor kunnen dit jaar nog eens 800 studenten starten met de BAZ-opleiding. Overigens is opleiden niet de enige oplossing voor de problematiek. We willen ook mensen behouden voor de zorg en inzetten op ruimte voor herstel van zorgmedewerkers. Dit is ook nodig vanwege het hoge ziekteverzuim. Hier ligt een belangrijke rol voor werkgevers, opdat we het maximale doen om iedereen die in de zorg kan en wil werken, ook te behouden voor deze mooie sector en dit prachtige vak.

Eén van de doelen van het coronabeleid is om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden. Het is belangrijk dat het zorgnetwerk kan blijven functioneren, ook bij een opleving van het virus. De zorg bereidt zich dan ook voor op een komende coronagolf aan de hand van het advies van de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgmedewerkers. Er wordt gewerkt aan een optimale en flexibele inzet van zorgmedewerkers.

Op basis van de aanbevelingen van het expertteam COVID ziekenhuiszorg bevordert het kabinet een effectieve inzet van de bestaande personele capaciteit in het hele zorgnetwerk. We kunnen ervan uitgaan dat personele capaciteit ook in het najaar beperkt blijft. De adviezen van het expertteam richten zich daarom niet op het uitbreiden van het aantal IC-bedden of zorgprofessionals, maar is erop gericht om met de huidige zorgcapaciteit meer patiëntenzorg te kunnen leveren en daarmee tevens de druk op zorgpersoneel te verlagen.

Belangrijk is de brede inzet van nieuwe initiatieven in de zorg die in de afgelopen twee jaar succesvol zijn gebleken, maar nog niet in het hele land zijn toegepast. Met het landelijk opschalen en implementeren van deze initiatieven wordt het zorgnetwerk geoptimaliseerd. Ook wordt het zorgpersoneel ontlast. Op deze wijze kan veel reguliere zorg bij een nieuwe COVID-golf doorgaan. Hier gaan we ons de komende periode voor inzetten. Daarbij werken we met betrokken partijen onder meer aan een bredere en betere monitoring van de zorgcapaciteit in het hele zorgnetwerk. Op basis van het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), geeft het LNAZ aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar en opgeschaald beschikbaar kunnen zijn. Momenteel zijn er 993 IC-bedden operationeel (dd. 13-06-2022). Indien nodig kan er volgens het Opschalingsplan COVID-19 tot 1.350 IC-bedden worden opgeschaald voor een korte piekperiode. Specifieke informatie per instelling is op te vragen bij de individuele ziekenhuizen zelf.

Nederland kampt met een enorm overschot aan vaccins. Vanaf deze week raken 3,5 miljoen doses over de datum. Enkele vragen hierover. Ligt het in de rede dat alle elf miljoen ongebruikte doses vaccins komende maanden moeten worden vernietigd? Lukt het om afspraken over donaties te maken met andere landen, of is dat een theoretische optie? Kan de Minister garanderen dat de wijze van vernietigen in geen enkel geval gevaar oplevert voor de volksgezondheid, dit met het oog op de constatering in de media dat de vloeistoffen overigens niet onbehandeld in het riool verdwijnen?

Het moeten vernietigen van vaccins hangt af van meerdere factoren, waaronder mogelijke donaties, mogelijke verlengingen van de houdbaarheidsdatum van de vaccins en de frequentie van eventuele toekomstige vaccinatiecampagnes. Het is daarom lastig om aan te geven hoeveel vaccins er exact dit jaar nog vernietigd gaan worden. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 19 april jl.⁷¹ heeft het kabinet alles op alles gezet om zo veel mogelijk vaccins te doneren. Dit is onder andere gedaan via het ambassadenetwerk, via het Europees netwerk en door actief landen te benaderen die nog vaccins nodig hadden. In de afgelopen weken heeft Nederland 1 miljoen vaccins gedoneerd aan Vietnam en ruim 700.000 aan Nicaragua. Over het algemeen is er helaas wel sprake van een afgenomen behoefte aan vaccindonaties. Op dit moment heeft Nederland nog ongeveer 7,1 miljoen vaccins beschikbaar voor donatie. Het kabinet blijft zich inzetten om deze vaccins te doneren aan landen die hier behoefte aan hebben. Op dit moment zijn ongeveer 4,2 miljoen vaccins over de houdbaarheidsdatum. Deze vaccins bevinden zich niet in Nederland, maar in de fabriek van de vaccinproducent. Nederland is samen met de Europese Commissie bezig met het opstellen van een plan van aanpak om deze vaccins op een correcte wijze te laten vernietigen. Voor vaccins die in de toekomst eventueel in Nederland vernietigd zouden moeten worden geldt dat geëxpireerde vaccins worden afgevoerd als medisch afval conform wet- en regelgeving. Vernietiging wordt uitge-

⁷¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1837

voerd door een afvalvernietigingsbedrijf dat gecertificeerd is om medisch afval te vernietigen (verbranding). Als bewijs wordt een certificaat afgegeven.

Vervolgens het EU DCC. Tijdens de EU Gezondheidsraad heeft de Minister andere lidstaten opgeroepen het EU DCC alleen in te zetten wanneer dit proportioneel en noodzakelijk is. Genoemde leden wijzen erop dat de verordening inzake het EU DCC lidstaten in geen enkel opzicht verplicht tot het beperken van het vrije personenverkeer. Twee vragen aan de Minister. Waarom heeft de Minister niet opgeroepen tot het onmiddellijk en volledig stopzetten van het EU DCC? Wat is tijdens de EU Gezondheidsraad verder besproken over dit digitaal coronapaspoort? Tot zover de schriftelijke inbreng van de leden van de JA21-fractie.

De DCC-verordening betreft het technisch kader waarmee vaccinatie-, herstel- en testbewijzen worden uitgegeven. Deze verplicht lidstaten en aangesloten landen buiten de EU/Schengen om DCC-bewijzen wederzijds te erkennen en accepteren. De inzet en daarmee het vragen van vaccinatie-, herstel-, en testbewijzen is een bevoegdheid van ieder land zelf en valt buiten de scope van de DCC-verordening. Het stopzetten van het EU DCC zou ertoe leiden dat aangesloten landen niet langer verplicht zijn tot het uitgeven van bovengenoemde bewijzen in DCC-formaat. Wanneer de epidemiologische situatie aanleiding kan geven tot de inzet van coronabewijzen en Europese lidstaten daarvoor kiezen, kan dit leiden tot belemmeringen voor de reiziger. Zonder DCC accepteren Europese lidstaten elkaars bewijzen immers niet vanzelfsprekend en kunnen additionele bewijzen aan certificaten ertoe leiden dat bewijzen van – bijvoorbeeld – Nederlandse reizigers niet worden erkend. Om die reden heb ik niet opgeroepen tot stopzetting van het EU DCC.

Tijdens de formele EU Gezondheidsraad van 29 maart jl. heb ik mijn Europese collega's opgeroepen om het Digitaal Covid Certificaat alleen in te zetten wanneer dit proportioneel en epidemiologisch noodzakelijk is. Inmiddels hebben de meeste Europese lidstaten de inzet van coronabewijzen opgeheven. Daarnaast heb ik speciaal aandacht gevraagd voor het uitzonderen van jongeren (12–18 jaar) van de geldigheidsduur van vaccinatiecertificaten conform de motie van het lid Bikker c.s.⁷². Deze uitzondering is opgenomen in de gedelegeerde verordening van 29 maart jl.⁷³ tot wijziging van de DCC-verordening. Mijn volledige interventie vindt u terug in het verslag⁷⁴ van de formele EU Gezondheidsraad dat met uw Kamer gedeeld is.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de agenda en bijhorende stukken inzake de ontwikkelingen rondom het coronavirus en heeft daarbij een aantal opmerkingen en vragen. Zij vraagt of de Minister een update kan geven over de stand van zaken als het gaat om het verbeteren van de ventilatie in scholen. Genoemd lid vindt het van groot belang dat we er nu alles aan doen om leerlingen in het najaar naar school te laten gaan, ook als er weer veel besmettingen komen. Hebben de scholen de middelen om dit serieus op te pakken? Kan de Minister aangeven hoe het kabinet daarbij ondersteunt? In het verlengde daarvan: hoe gaat de Minister de op 31 mei jongstleden aangenomen motie van de

⁷² Kamerstuk 22 112, nr. 3335.

⁷³ Zie: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?toc=OJ%3AL%3A2021%3A211%3ATOC&uri=uriserv%3AOJ.L_2021.211.01.0001.01.ENG

⁷⁴ Kamerstuk 21 501–31, nr. 666

leden Van Haga en Agema⁷⁵ over het krachtig bevorderen van ventilatiemaatregelen uitvoeren?

Het kabinet heeft € 360 miljoen beschikbaar gesteld voor de verbetering van het binnenklimaat in scholen, waarvan bijna € 200 miljoen via de SUVIS-regeling. Deze regeling is inmiddels volledig uitgeput. Het Ministerie van OCW kijkt daarom naar het opzetten van een maatwerkregeling om de ventilatie op scholen te verbeteren. Gemeenten en schoolbesturen hebben aangegeven dat de 70% eigen bijdrage in sommige gevallen financieel niet haalbaar was. Omdat het zich kan voordoen dat gemeenten en schoolbesturen met bestaande middelen en de SUVIS-regeling niet tot een (tijdelijke) oplossing komen, is het essentieel dat er ruimte is voor maatwerk. De inzet is om de regeling in juli open te stellen zodat scholen en gemeenten tijdig een aanvraag in kunnen dienen om zo de ventilatie op orde te krijgen.

Goede ventilatie is belangrijk voor een gezond binnenklimaat. Ventileren helpt ook om het risico op verspreiding van respiratoire infecties, zoals SARS-CoV-2, te beperken. Het is dan ook een belangrijke preventieve maatregel die er in combinatie met andere maatregelen voor kan zorgen dat het aantal besmettingen niet te snel oploopt. In de afspraken die met sectoren worden gemaakt, is een centrale plek ingeruimd voor ventilatie. Daarbij is de belangrijkste aanbeveling om ervoor te zorgen dat publieke ruimtes goed geventileerd worden. Volgens de minimale inrichtingseisen uit het Bouwbesluit zijn de bestaande ventilatiesystemen voldoende in staat ruimtes van verse lucht te voorzien, mits deze systemen goed ingeregeld, gebruikt en onderhouden worden.

«Frisse lucht» maakt onderdeel uit van de basismaatregelen en er zijn diverse communicatiemiddelen ontwikkeld om het belang van goede ventilatie bij een breed publiek onder de aandacht te brengen en te houden. Uit het RIVM gedragsonderzoek blijkt dat het belang van ventileren goed wordt begrepen en nageleefd. Als daar aanleiding voor is zullen de inspanningen op dit vlak geïntensiveerd worden. Via de website «ventileren zo gedaan», mediacampagnes en afspraken met (hoogrisico-)sectoren wordt expliciet aandacht gevraagd voor het goed gebruiken, inregelen en onderhouden van bestaande ventilatiesystemen.

Het lid van de BBB-fractie wil nogmaals aandacht vragen voor de problematiek omtrent Long COVID. Genoemd lid vindt het van groot belang dat zo snel mogelijk duidelijkheid komt over de achtergronden van Long COVID: onderzoeken die nu naar buiten komen spreken elkaar vaak tegen. Dit is funest voor de aanpak van Long COVID. Kan de Minister hier een rol in spelen? Wat vindt de Minister van het idee om Multidisciplinaire Long COVID -klinieken in het leven te roepen die gericht zijn op onderzoek en behandeling? Genoemd lid denkt dat er al veel kostbare tijd verloren is gegaan en dat de Minister nu beter in kan zetten op een goede gedegen aanpak. Wat de achterliggende oorzaak van Long COVID ook is: vele tienduizenden mensen hebben langdurige klachten en kunnen niet meer deelnemen aan het arbeidsproces. Wat het lid van de BBB-fractie betreft moet een gedegen aanpak komen en is het funest als er geen duidelijke richtlijnen en behandelingen zijn voor deze mensen. Hierbij kan ook gekeken worden naar internationale samenwerking. Landen als Amerika en Engeland zijn hier al wat verder in. Welke stappen zet de Minister om dit internationaal op te pakken? Hoe staat het met de aanpak van de problematiek van deze patiënten?

⁷⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1848.

Op nationaal niveau wordt er veel onderzoek gedaan naar post-COVID. Deze onderzoeken zijn wetenschappelijk én onafhankelijk. Betrokkenen hanteren gedragscodes voor de waarborging van wetenschappelijke integriteit. Tussentijdse resultaten van de lopende onderzoeken worden, indien beschikbaar, gepubliceerd. Aan voorlopige onderzoeksresultaten kunnen nog geen conclusies worden verbonden. We wachten de definitieve resultaten met belangstelling af.

Ten aanzien van het idee om multidisciplinaire post-COVID klinieken in het leven te roepen, verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 38.

Verder wil ik opmerken dat op initiatief van de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Long Alliantie Nederland (LAN) de multidisciplinaire richtlijn «Langdurige klachten na COVID-19» is ontwikkeld.⁷⁶ Deze richtlijn geeft antwoord op vragen over diagnostiek, begeleiding, en behandeling van mensen met langdurige klachten na COVID-19. De richtlijn is meermaals onder de aandacht gebracht bij zorgprofessionals en beschrijft het belang van afstemming en samenwerking tussen deze professionals, om zo de zorg te optimaliseren. Daarnaast wordt er ook rekening gehouden met onder meer de internationale ontwikkelingen. Zo heb ik in februari het advies «Langdurige klachten na COVID-19» van de Gezondheidsraad⁷⁷ ontvangen. Dit advies is gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke publicaties en inzichten op zowel nationaal als internationaal niveau.

Genoemd lid wil graag weten welke biomedische onderzoeken op dit moment in Nederland lopen naar Long COVID. Klopt het dat Nederland nauwelijks budget heeft voor biomedisch onderzoek en dat we vooral afhankelijk zijn van buitenlands onderzoek?

Zie antwoord op vraag 27. Met het biomedische onderzoek⁷⁸ wordt bijvoorbeeld gekeken naar welke rol de aanwezigheid van ontstekingscellen speelt bij langdurige vermoeidheids- en cognitieve klachten na COVID-19. Daarnaast kijkt ZonMw welke samenhang er is met biomedisch onderzoek op het terrein van andere infectieziekten (zoals ME/CVS (chronisch vermoeidheidssyndroom) en de ziekte van Lyme). De geleerde lessen worden, voor zover mogelijk, nu al toegepast op het onderzoek naar en de behandeling van post-COVID. Tot slot volgt ZonMw relevante bevindingen uit internationaal onderzoek en vertaalt deze, indien mogelijk, naar de Nederlandse context.

Voorts maakt zij zich zorgen over de afhandeling van Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)-aanvragen voor de groep Long COVID-patiënten. Het lijkt deze patiënten hetzelfde te vergaan als mensen met ME. Dat wil zeggen, dat ze vaak niet serieus genomen worden en dat er geen eenduidigheid is vanuit het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Kan de Minister aangeven wat de richtlijn voor het UWV-personeel nu is? Verder heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport een subsidieregeling in het leven geroepen waardoor mensen met Long COVID langer in dienst kunnen blijven bij hun werkgever (na de ziekteperiode van twee jaar). Kan de Minister aangeven hoeveel aanvragen hiervoor zijn gedaan? Kent de Minister het signaal dat een

⁷⁶ Zie: <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/richtlijn-langdurige-klachten-na-covid-19-gepubliceerd>

⁷⁷ Zie: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2022/02/14/advies-langdurige-klachten-na-covid-19>

⁷⁸ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/onderzoek-naar-corona-en-covid-19/long-covid/>

beroep op deze regeling niet meer mogelijk is als er al een WIA-aanvraag ligt? Hoe zinvol is de regeling dan, daar het aanvragen van WIA een lang voortraject kent? Kan de Minister ervoor zorgen dat de aanvraag voor een WIA-uitkering dan on hold gaat?

Het UWV behandelt alle Wia-aanvragen op eenzelfde manier en houdt bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening met de functionele mogelijkheden in arbeid van de individuele werknemer. Er wordt dus rekening mee gehouden dat de klachten die mensen bij langdurige COVID ervaren, niet voor iedereen hetzelfde zijn. Het UWV maakt geen onderscheid in manier van handelen naar de reden van uitval of ziekte. Omdat de Wia erop is gericht om inkomen uit arbeid te verzekeren en een terugval in inkomsten door ziekte (gedeeltelijk) op te vangen, is een inschatting van de resterende verdien capaciteit van iemand met een ziekte of beperking bepalend voor het arbeidsongeschiktheidspercentage. Dit heeft als gevolg dat de uitkomst van de Wia-beoordeling niet voor iedereen die langdurige klachten heeft na een COVID-besmetting, gelijk zal zijn.

De subsidieregeling van de Minister van Langdurige Zorg en Sport is zoals eerder vermeld 14 juni jl. gepubliceerd. Voor inwerkingtreding van de subsidieregeling konden geen aanvragen worden ingediend.

Nog tot de eerste uitbetaling van een Wia-uitkering is het mogelijk een verlenging van de loondoorbetaling af te spreken. Daaruit vloeit voort dat na de eerste Wia-uitkering niet meer van de subsidieregeling gebruik kan worden gemaakt. Overigens voorziet de subsidieregeling slechts in een tegemoetkoming van de kosten die gemoeid zijn met de verlenging van de loondoorbetaling. De vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling is een reeds bestaande mogelijkheid in het kader van de Wia. Werkgever en werknemer dienen het bij het UWV te melden als zij een vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling na het tweede ziektejaar zijn overeengekomen. Indien deze door het UWV wordt bevestigd leidt dit automatisch tot uitstel van de Wia-aanvraag. Nadat het UWV de verlenging heeft bevestigd, kan een subsidieaanvraag worden ingediend.

Het lid van de BBB-fractie maakt uit de beantwoording van Kamervragen van het lid Omtzigt op dat de Minister de aansprakelijkheid voor Long COVID bij personeel uit de zorg doorschuift naar de werkgever. Vanuit de Arbowet moet men immers zorgen voor een veilige werkomgeving. Het lid van de BBB-fractie vindt dit wel erg makkelijk en wijst erop dat er in tijden van een pandemie, en dus een landelijke crisis, gehandeld wordt vanuit de richtlijnen die de rijksoverheid opstelt. Ook heeft de vorige Minister een werkgever die zelf persoonlijke beschermingsmiddelen inkocht voor zijn personeel openlijk aan de schandpaal genageld. Genoemd lid is van mening dat hier ernstige inschattingfouten zijn gemaakt en vraagt de Minister nogmaals om dit correct af te handelen met de mensen die in de beginfase van de COVID-19 pandemie onbeschermd moesten werken en daarbij Long COVID opliepen. Een deel van deze mensen zit nu al in de WIA met alle consequenties van dien.

In dit kader verwijs ik naar mijn beantwoording van vraag 40.

Genoemd lid maakt zich verder zorgen over de druk op de zorg in het najaar, mocht het inderdaad zo zijn dat er dan weer veel COVID-19 besmettingen zullen zijn. In het verslag van de EU Gezondheidsraad staat dat er een verhoogd aantal TBC- en HIV-besmettingen is als gevolg van de vluchtelingenstroom uit Oekraïne. Kan de Minister de Kamer informeren over hoe de situatie in Nederland is? Welke extra druk op de zorg is er vanuit de vluchtelingenstroom? Kan de Minister toelichten hoe deze extra

druk opgevangen moet worden? Uit de lange termijn visie op COVID-19 maakt het lid van de BBB-fractie niet op hoe er gewerkt wordt aan meer capaciteit voor de zorg. Daarbij wil zij benadrukken dat het hier niet alleen gaat om bijvoorbeeld ic-capaciteit. Ook de huisartsen hebben het zwaar als gevolg van hoge lastendruk, steeds meer taken en ook COVID-19. Genoemd lid heeft de indruk dat de zorg niet klaar is voor een eventuele nieuwe golf aan besmettingen.

Zie de antwoorden op vragen 17 en 69. De huisartsenzorg staat onder toenemende druk. Een toekomstbestendige en toegankelijke huisartsenzorg is een van de onderwerpen waarover ik met partijen in gesprekken in het kader van het af te sluiten integraal zorgakkoord. Ik wil hierover concrete afspraken maken, zodat huisartsen ook in de toekomst toegankelijke en kwalitatief goede zorg kunnen leveren, waarbij zij plezier in hun werk hebben.

Het lid van de BBB-fractie vindt de aanpassing van de Wpg, artikel 6ba lid 6 op dit moment onnodig. Het lid betreurt dat de Europese Commissie voornemens is om het DCC te verlengen. Zij ziet niet in hoe het DCC het vrij verkeer van personen zou bevorderen en vindt bovendien dat het schijnveiligheid biedt daar gevaccineerde personen wel degelijk besmet kunnen zijn. In deze fase van de pandemie lijkt het bovendien niet proportioneel.

Zoals hierboven aangegeven wordt door de meeste EU landen op dit moment geen COVID-19-vaccinatie-, test- of herstelbewijs meer geëist bij inreis van reizigers uit de EU of bij toegang tot bepaalde voorzieningen en maken we daarnaast in Nederland geen gebruik meer van het coronatoegangsbewijs. In deze fase van de pandemie is er dus geen sprake van een disproportioneel gebruik van het DCC. Het staat andere landen daarentegen vrij om te bepalen of zij in de toekomst (weer) gebruik willen maken van het DCC voor inreizen of lokale faciliteiten. Gelet hierop, en gelet op het feit dat er nog een aantal landen is dat wel een COVID-19-vaccinatie-, test, of herstelbewijs eist voor inreis en in bepaalde situaties voor toegang, blijft het, ook in deze fase van de pandemie, wenselijk dat Nederland DCC's kan blijven uitgeven. Bovendien wordt opnieuw benadrukt dat sprake is van een juridische noodzaak om uitvoering te blijven geven aan de DCC-verordening nu deze zal worden verlengd, omdat de Verordening een algemene strekking heeft, verbindend is in al haar onderdelen en rechtstreeks van toepassing is in de Nederlandse rechtsorde. Nederland is daarmee verplicht uitvoering te blijven geven aan de Verordening. Om deze redenen blijft artikel 6ba Wpg ook daadwerkelijk nodig.

Ten slotte heeft zij nog wat vragen over de nieuw te sluiten contracten met vaccinleveranciers. In de eerste contracten die Pfizer heeft afgesloten, deed Pfizer afstand van alle aansprakelijkheid voor eventuele bijwerkingen van de vaccins. Het lid van de BBB-fractie wil graag weten of dit nu wel onderwerp van de onderhandeling zal zijn of dat er weer sprake van een volledige vrijwaring voor de vaccinfabrikanten is. Verder schrijft de Minister dat de nieuwe contracten vooral gericht zijn op leveringszekerheid. Op dit moment heeft Nederland een overschot van 3,5 miljoen doses die naar verwachting voor een groot deel weggegooid zullen moeten worden.⁷⁹ Wat is de inzet van de Minister bij de onderhandelingen? Wordt er ook rekening mee gehouden dat de vaccinatiebereidheid afneemt naarmate COVID-19 ontwikkelt naar een mildere vorm? Hoe voorkomt de Minister nogmaals een dergelijke verspilling van vaccins?

⁷⁹ Brabants dagblad, 1 juni 2022, «Ruim miljoen coronaprikken de prullenbak in...».

De bestaande afspraken met betrekking tot aansprakelijkheid en de afgegeven vrijwaring lopen door bij de bestelling van nieuwe vaccins. Het is onjuist dat vaccinfabrikanten worden gevrijwaard van elke vorm van aansprakelijkheid. Voor de bestaande afgegeven vrijwaring gelden namelijk specifieke en strikte voorwaarden. Op de inhoud hiervan kan niet worden ingegaan in verband met de geheimhoudingsplicht.

Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl.⁸⁰ heb aangegeven is er voldoende voorraad van de huidige COVID-19-vaccins om de hele Nederlandse bevolking indien nodig een herhaalprik aan te bieden. We zorgen ervoor dat er in ieder geval tot en met 2023 een robuuste vaccinvoorraad (in omvang en houdbaarheid) beschikbaar is. Bij het opzetten van een grootschalige vaccinatiecampagne is het niet mogelijk om aankoop en gebruik exact op elkaar af te stemmen. Dit is afhankelijk van veel verschillende factoren. Het doel van het kabinet blijft echter om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen de coronaprik halen die hen geadviseerd wordt. Daarom is het noodzakelijk om mensen in staat stellen een weloverwogen keuze te maken om zich wel of niet te laten vaccineren. Er is om die reden blijvend aandacht voor het laagdrempelig beschikbaar stellen van de coronavaccinatie, het breed verstrekken van informatie en gerichte inspanningen om degenen die nog niet zijn gevaccineerd te bereiken.

Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft kennisgenomen van de Kamerbrieven over de ontwikkelingen rondom het coronavirus. Het genoemde lid heeft nog een aantal vragen. Voor de meeste van ons lijkt het alsof het coronavirus is verdwenen, maar voor een groep kwetsbaren die vanwege een medische aandoening in isolatie moet verblijven, is het omgaan met corona nog een dagelijkse realiteit. In de verzamelbrief COVID-19 leest het lid van de fractie Den Haan dat het medicijn Evusheld in de loop van juni beschikbaar zal zijn. Klopt het dat er tienduizend doses besteld zijn? Waarom is er niet meer besteld? Hoe zal de verdeling van dit schaarse medicijn onder de groep immuungecompromitteerden verlopen? Verder geeft de Minister aan dat voor de medicijnen Paxlovid en Lagevrio de Europese procedure voor aankoop nog loopt. Kan de Minister iets zeggen over de voortgang van deze procedures?

Over de bestelde hoeveelheid kan ik helaas geen uitspraken doen. Om te bepalen hoeveel van welk geneesmiddel ik moet aanschaffen baseer ik mij onder andere op input van het LCG en het aantal ziekenhuisopnamen tijdens voorgaande piekbesmettingen. Voor alle COVID-behandelingen geldt dat de beroepsgroepen zelf bepalen hoe zij deze geneesmiddelen inzetten of zullen gaan inzetten. Zowel voor Paxlovid als Lagevrio geldt dat de onderhandelingen voor aankoop in het eindstadium zitten.

De Minister schrijft ook in de verzamelbrief dat hij het onwenselijk vindt dat de overheid centraal COVID-behandelingen moet inkopen. Hij wil daarom terugkeren naar de gebruikelijke route van marktintroductie van nieuwe geneesmiddelen in Nederland. Het lid van de fractie Den Haan wil graag van de Minister weten hoe hij op deze manier kan garanderen dat benodigde COVID-behandelingen tijdig beschikbaar zijn bij een eventuele nieuwe uitbraak.

Ik heb inderdaad mijn voornemen uitgesproken om zo snel als mogelijk weer terug te gaan naar de reguliere route van marktintroductie en ik hoop dat firma's hier gehoor aan zullen geven. Dit betekent echter niet dat

⁸⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

ik geen nieuwe centrale aankoop zal overwegen als de verspreiding van het virus daar aanleiding toe geeft. Ik vind het van belang om op te merken dat centrale inkoop tijdens de Coronacrisis heeft geleid tot in mijn ogen ongewenste voorraadopbouw door landen, waardoor geneesmiddelen niet altijd daar beschikbaar waren waar ze het beste konden worden ingezet. Dit vind ik onwenselijk.

In de kamerbrief over het RIVM-advies inzake een herhaalprik, leest genoemd lid dat er geen vaccinatieronde voor herhaalprikken wordt georganiseerd. Tegelijkertijd is het niet uitgesloten dat er op korte termijn een nieuwe uitbraak kan ontstaan van een virus dat gevaarlijker is dan de huidige variant. Zijn mensen dan op tijd weer voldoende beschermd? In het rondetafelgesprek Lange termijn coronabeleid gaven deskundigen immers aan dat na de zomer gestart zou moeten worden met een boostercampagne.

Op 17 mei jl.⁸¹ heb ik het advies van het RIVM met betrekking tot een volgende herhaalprik overgenomen. Gezien de huidige epidemiologische situatie is er geen aanleiding voor een nieuwe herhaalprik voor 60-plussers en specifieke doelgroepen na drie maanden. Het RIVM geeft daarbij aan dat een langer interval ook kan zorgen voor een iets hogere immuunrespons op de langere termijn. Het RIVM houdt de situatie nauwlettend in de gaten. Het RIVM heeft een responsteam ingericht dat elke twee weken de noodzaak voor revaccinatie in relatie tot de epidemiologische situatie duidt. Op basis hiervan maakt het RIVM een inschatting van de noodzaak om een herhaalprik te overwegen. Indien nodig kan diezelfde week door een «expertteam COVID-19-vaccinaties» geadviseerd worden over de inzet van een herhaalprik, al dan niet voor specifieke doelgroepen. Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl.⁸² heb aangegeven, houden we er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn. Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden. Er liggen voor verschillende scenario's uitvoeringsplannen klaar om snel te kunnen starten met een vaccinatiecampagne zodra dit nodig is. Voor nadere informatie over deze planner verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1.

Eerder gaf de Minister aan dat hij FFP2-maskers gratis beschikbaar zal stellen aan mensen met een kwetsbare gezondheid. Het lid van de fractie Den Haan wil graag weten wanneer deze maskers worden toegevoegd aan de maandelijkse persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)-pakketten zodat mensen met een kwetsbare gezondheid hier gebruik van kunnen maken.

Zie het antwoord op vraag 53 over de invulling van de motie Westerveld.

De Minister schrijft in de verzamelbrief dat het voor mensen met een kwetsbare gezondheid moeilijk kan zijn dat coronamaatregelen worden afgeschaald. In publiekscommunicatie wordt opgeroepen om begrip te hebben voor mensen die zich aan de adviezen willen houden. Het genoemde lid wil van de Minister weten of onder mensen met een kwetsbare gezondheid wordt onderzocht of deze publiekscommunicatie werkt. Ervaren zij dat mensen rekening met hen houden en voelen zij zich daardoor veiliger?

⁸¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1843.

⁸² Kamerstuk 25 295, nr. 1883

De groep mensen met een kwetsbare gezondheid is een brede en diverse doelgroep. Dat maakt het moeilijk uitvoerbaar om deze doelgroep specifiek te onderzoeken en bevragen. Dat neemt niet weg dat we wel actief nagaan wat het effect van alle publiekscommunicatie is. Dus ook richting deze groep mensen. Zo worden regelmatig campagne effectmetingen gedaan, waaruit we mogelijk ook signalen kunnen opvangen. Daarnaast hebben we regelmatig contact met de organisaties die voor en met mensen met een kwetsbare gezondheid werken. Aan hen vragen we dan ook of zij de signalen die zij vanuit de doelgroep krijgen doorgeven aan ons, zodat we daarop kunnen inspelen indien nodig.

In de laatste verzamelbrief is weinig te lezen over de pandemische paraatheid op dit moment. Het lid van de fractie Den Haan wil graag weten of het veld klaar is om meteen op te schalen op het moment dat dat nodig is. Immers, de worst case scenario's zijn niet of nauwelijks uitgewerkt.

Het kabinet bereidt zich voor op verschillende scenario's, zoals uiteengezet in de Kamerbrief over de langetermijn aanpak COVID-19 van 1 april jl.⁸³ Deze scenario's zijn gebaseerd op de scenario's van de WRR en KNAW en schetsen de mogelijke epidemiologische ontwikkelingen van het virus, variërend van licht (verkoudheidsscenario) tot zwaar (worst case). Ook sectoren bereiden zich op verschillende scenario's voor. In de vervolgbrief over de lange termijn aanpak COVID-19 van 13 juni jl., is nader ingegaan op de voorbereidingen die de overheid, de zorgsector, sectoren en doelgroepen treffen op verschillende scenario's, waaronder een scenario waarin we te maken krijgen met een opleving van het virus.⁸⁴ Zo is in de brief ingegaan op de voorbereidingen voor nieuwe vaccinatierondes, opschaalbare capaciteit voor testen, beschikbaarheid van medicatie, de stappen die gezet worden in het optimaliseren van de zorgketen en de vervolgstappen voor de sectorale aanpak.

Vragen en opmerkingen van het lid Omtzigt

Het lid Omtzigt kijkt met verbazing de voorbereiding van de Minister voor corona dit najaar. Meer dan twee jaar na het begin van de coronapandemie is er geen wettelijk kader, geen kader dat de grondrechten beschermt, om toe te passen bij een eventuele variant of concern in een volgende fase. Genoemd lid merkt op dat Nederland zich in verschillende fases van de crisis heeft laten verrassen: bij de eerste uitbraak – terwijl de situatie in China en later Italië bekend was. Bij de tweede golf in het najaar van 2020, waarop Nederland onvoorbereid was. En wederom in december 2021 toen het als enige land een lockdown afkondigde, die natuurlijk grote maatschappelijke en financiële kosten had.

Toch lijken we niet te leren en de Minister geeft aan dat het wettelijk kader niet op tijd af is. Toch kan het vervallen van de tijdelijke wet niet als een verrassing gekomen zijn. Het lid Omtzigt merkt op dat het normaal zou zijn geweest om na de noodverordeningen en de tijdelijke noodwet, meer permanente zaken in de Wpg te regelen en die te voorzien van fatsoenlijke waarborgen van grondrechten. Immers is de afgelopen twee jaren veel te gemakkelijk gegrepen naar ingrijpende maatregelen zoals lockdowns en vaccinatiebewijzen, terwijl veel minder ingrijpende maatregelen (bijvoorbeeld ventilatie, gedragsmaatregelen in ziekenhuizen en andere plekken waar andere groepen bij elkaar komen) niet van de grond kwamen. Genoemd lid nodigt de Minister dan ook uit om het wetgevingsproces rond de Wpg te versnellen en al voor de zomer een wetsvoorstel in te dienen, zodat de Tweede Kamer de behandeling daarvan ter hand kan

⁸³ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

⁸⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

nemen. Hij is ook bereid om hier in het zomerreces aan door te werken, omdat hij beseft dat zonder wettelijk kader veel zwaardere maatregelen ingezet worden bij een volgende golf, de burgerrechten wederom vergaand ingeperkt worden en meer. Is de Minister daartoe bereid?

Met ingang van 20 mei 2022 is de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 vervallen. Er zijn daardoor momenteel geen specifieke bevoegdheidsgrondslagen voorhanden om collectieve maatregelen te treffen ter bestrijding van een epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan. In de brief aan beide kamers van 4 mei 2022 heb ik aangekondigd dat in een versneld traject wordt gewerkt aan de herziening van de Wet publieke gezondheid.⁸⁵ De eerste tranche van de aanpassing van de Wet publieke gezondheid is op dit moment in voorbereiding en ligt tot en met 29 juni 2022 in consultatie. Gelet op een versnelde behandeling is de consultatie-periode verkort naar drie weken. Dit wetsvoorstel is de eerste tranche van de aanpassing van de Wet publieke gezondheid (Wpg) voor een versterkte pandemische paraatheid. Het voorstel creëert een structureel wettelijk kader voor de bestrijding van een epidemie van infectieziekten met pandemisch potentieel, of een directe dreiging daarvan (waaronder covid-19), waarbij de betrokkenheid van beide Kamers en de bescherming van grondrechten wettelijk is verankerd.

Beoogd wordt met het wetsvoorstel om wettelijke grondslagen te creëren voor het nemen van maatregelen zoals het opleggen van een veilige afstand, de (onder voorwaarden) openstelling van publieke plaatsen, hygiënemaatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen, zorgplicht besloten en publieke plaatsen en de quarantaineplicht voor inreizigers.

Als het op korte termijn onverhoopt toch noodzakelijk blijkt om noodmaatregelen te nemen ter bestrijding van COVID-19, zal ik allereerst bezien of dit wetstraject kan worden versneld, waartoe ik in dat geval ook een beroep zal doen op uw Kamer en de Eerste Kamer om het wetsvoorstel spoedig te behandelen. Indien ook via een dergelijk spoedwetgevings-traject niet tijdig in specifieke bevoegdheidsgrondslagen kan worden voorzien, zal in acute gevallen teruggevallen moeten worden op de procedure van noodverordeningen.

In het vervolg hiervan heeft genoemd lid een aantal aanvullende vragen die hierop zien: de vroegsignalering lijkt niet op orde, zodat pas laat duidelijk wordt dat er maatregelen genomen worden.

Om zicht te houden op het virus, maken we gebruik van verschillende monitoringsinstrumenten. Deze mix van instrumenten wordt afgestemd op de veranderende omstandigheden om een zo goed mogelijk beeld van de verspreiding van het virus onder de bevolking te behouden. We proberen nieuwe varianten en oplevingen zo vroeg mogelijk te signaleren met instrumenten als kiemsurveillance, de infectieradar, rioolwatersurveillance en Nivel-peilstations.

De mogelijkheden voor een boostercampagne voor zeg, kwetsbaren en ouderen moeten helder zijn en klaar liggen.

Er liggen verschillende plannen klaar voor een eventuele nieuwe vaccinatieronde. Op de inhoud van de plannen ga ik uitgebreid in bij mijn antwoord op vraag 1.

⁸⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1839.

En tegelijkertijd zien we nog steeds oversterfte in Nederland en dat is verwonderlijk omdat op een periode van oversterfte meestal een periode van ondersterfte volgt omdat de meest kwetsbaren hard getroffen worden in een epidemie of pandemie. Onderzoek naar de precieze oorzaken van oversterfte is dan ook gewenst.

Hieronder beantwoord ik de vragen 89, 98 en 99 gezamenlijk. Het lid Omtzigt vroeg naar een update over het oversterfte-onderzoek waarbij hij inging op de wenselijkheid van het onderzoek, de uitvoerbaarheid (gezien de datatoegang) en de positie van de AVG hierin.

Ik deel de mening van het lid Omtzigt over de wenselijkheid van onderzoek naar de precieze oorzaken van oversterfte. Daarmee juich ik uiteraard ook alle initiatieven toe van wetenschappers om onderzoek naar oversterfte in zijn algemeenheid uit te voeren. Vanuit het CBS en het RIVM wordt sinds januari gewerkt aan een uitgebreid oversterfte-onderzoek. Dit onderzoek is gefocust op de oversterfte eind 2021 aangezien hier expliciet om gevraagd is in de motie van het lid Omtzigt.⁸⁶ Het CBS en het RIVM maken in hun onderzoek gebruik van een klankbordgroep bestaande uit wetenschappers, ingericht via ZonMw. De resultaten van dit onderzoek worden 23 juni gepubliceerd.

Naast het oversterfte-onderzoek van het CBS en het RIVM, zal ook onderzoek worden uitgevoerd door onderzoekers die niet gelieerd zijn aan het CBS of het RIVM. Een begeleidingscommissie, samengesteld via ZonMw, stelt de onderzoeksagenda voor dit traject op en begeleidt de onderzoekers. Voor het uitvoeren van dit onderzoek is het noodzakelijk dat ook deze onderzoekers toegang krijgen tot COVID-data. Ik vind het belangrijk dat dit gebeurt binnen de geldende privacy- en juridische kaders, vandaar dat er momenteel op een zorgvuldige manier gewerkt wordt aan het faciliteren van toegang tot zo veel mogelijk relevante data.

Toegang tot deze data kan geregeld worden via de beveiligde omgeving van het CBS. Zo zijn de sterftecijfers en veel andere data daar voor onderzoekers direct beschikbaar. Voor een groot deel van de data, waaronder van VEKTIS en DHD, geldt dat onderzoekers aanvullend een aanvraag moeten indienen bij deze organisaties voor het gebruik, alvorens deze beschikbaar worden gesteld binnen de CBS-omgeving. Data van het RIVM is momenteel wel al beschikbaar binnen de beveiligde omgeving van het CBS, maar nog niet voor onderzoekers niet gelieerd aan het RIVM. Er wordt gewerkt aan een vernieuwde procedure waarbij onderzoekers een aanvraag kunnen indienen om toegang te krijgen tot CIMS data. Dit document zal naar alle waarschijnlijkheid voor het komende zomerreces beschikbaar zijn.

Afsluitend vind ik het nog van belang om te benadrukken dat er secuur omgegaan wordt met het faciliteren van toegang tot zoveel mogelijk relevante data voor onderzoekers die niet gelieerd zijn aan het CBS of het RIVM. Dit kost meer tijd dan oorspronkelijk gedacht, maar daarmee wordt wel geborgd dat er altijd binnen de geldende wettelijke kaders (onder andere privacy-kaders) voor het doen van wetenschappelijk onderzoek gehandeld wordt.

In de brief van de Minister⁸⁷ staat: «Dat laat onverlet dat zodra de epidemiologische situatie verandert en een nieuwe herhaalprik nodig blijkt, de uitvoering hiervan is voorbereid. Er liggen voor verschillende scenario's uitvoeringsplannen klaar om snel te kunnen starten met een

⁸⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

⁸⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1843.

vaccinatiecampagne als de situatie daar om vraagt». Het OMT schrijft in haar advies revaccinatie dat op dit moment nog geen derde booster hoeft te worden gezet, vanwege de epidemiologische situatie en de aangeboden herhaalprikken (waar ongeveer 40% van de uitgenodigde groep gebruik van heeft gemaakt). Gegeven dat het waarschijnlijk is dat de epidemiologische situatie verslechtert vanaf het najaar, vanaf wanneer kan de nieuwe boosterronde van start? Is er een scenario uitgewerkt waarin nu al besloten kan worden om vanaf eind september/begin oktober te beginnen met vaccineren? Aangezien de GGD zelf aangeeft dat ze zo'n drie weken nodig hebben om op te schalen naar 500.000 prikken per week en nog eens drie weken om op te schalen naar 1.500.000 miljoen prikken per week: hoe gaat de Minister waarborgen dat we de chaotische boostercampagne van afgelopen jaar gaan voorkomen?

Over het aanbieden van een volgende herhaalprik laat ik mij adviseren door het RIVM en zijn «expertteam COVID-19-vaccinaties». Het RIVM heeft een responsteam ingericht dat elke twee weken de noodzaak voor revaccinatie in relatie tot de epidemiologische situatie duidt. Op basis hiervan maakt het RIVM een inschatting van de noodzaak om een herhaalprik te overwegen. Indien nodig kan diezelfde week door een «expertteam COVID-19-vaccinaties» geadviseerd worden over de inzet van een herhaalprik, al dan niet voor specifieke doelgroepen.

Ik vind het niet verstandig om nu al te besluiten over een vaccinatieronde in het najaar. Zoals ik ook in mijn brief van 13 juni jl.⁸⁸ heb aangegeven, houden we er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn. Voor welke groepen en op welk moment dit nodig is, hangt af van de epidemiologische situatie en de bescherming die de vaccins op dat moment bieden. Er wordt rekening gehouden met verschillende scenario's waarvoor bijbehorende uitvoeringsplannen zijn gemaakt. Hier ben ik nader op in gegaan in mijn antwoord op vraag 1.

Heeft de Minister inzicht in welke vaccinaties gebruikt kunnen worden op dat moment? Is het aannemelijk dat nieuwe vaccins, speciaal gemaakt voor de omikronvariant, ingezet kunnen worden? Kan de Minister het beschikbaar draaiboek (de samenvatting van een pagina) geven over wat er mogelijk is in het najaar?

Op de mogelijke beschikbaarheid van aangepaste vaccin ben ik ingegaan in mijn antwoord op vraag 15. In mijn antwoord op vraag 89 heb ik aangegeven op welke wijze de besluitvorming over een eventuele volgende vaccinatieronde tot stand zal komen.

Voor het uitvoeren van eventuele nieuwe vaccinatiecampagnes in het najaar heeft het RIVM samen met de GGD'en en andere uitvoerders uitvoeringsplannen opgesteld. De uitvoeringsplannen voor een mogelijke planbare vaccinatiecampagne in het najaar liggen klaar en zijn afgestemd met uitvoeringspartners. Bij een positief besluit over een volgende vaccinatieronde kunnen deze plannen direct ingezet worden. Er is een basisscenario opgesteld waarbij in ieder geval de meest kwetsbare groepen die in maart 2022 in aanmerking zijn gekomen voor een herhaalprik, ook in het najaar een herhaalprik aangeboden krijgen. Er wordt er ook rekening gehouden met een scenario waarin deze campagne moet worden opgeschaald omdat ook de griepgroep of de hele bevolking (12-plus) wordt toegevoegd aan de doelgroep voor een dergelijke campagne. Daarnaast werkt het RIVM momenteel met meerdere uitvoeringspartners aan een nooduitvoeringsplan om – bij een plotselinge

⁸⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1883

ernstige opleving van SARS-CoV-2 – in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking te kunnen vaccineren. Dit uitvoeringsplan zal naar verwachting eind juni gereed zijn.

Voor de eerste twee scenario's bereiden de GGD'en zich voor om vanuit een basiscapaciteit van 300.000 prikken per week in drie weken op te schalen naar een capaciteit van 500.000 prikken per week en in de drie weken daarna naar een capaciteit van 1,5 miljoen prikken per week. Voor zowel testen als vaccineren geldt dat het vinden van voldoende personeel in een open samenleving een uitdaging blijft. Voor het nooduitvoeringsplan, waarin in zeer korte tijd en op hoog tempo de hele bevolking gevaccineerd moet kunnen worden, zal meer nodig zijn dan enkel de inzet van de GGD'en. Daarom wordt er voor dit nooduitvoeringsplan ook gekeken naar wat nodig is om sneller op te schalen en hoe voor het vaccineren een beroep gedaan kan worden op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuispersoneel en huisartsen.

Is de Minister van plan om in het najaar breed de beschikking te hebben over antivirale middelen zoals Evusheld, dat positieve effecten oplevert tegen ernstige uitkomsten bij infectie met de omikronvariant?⁸⁹ In welke mate zullen de middelen Paxlovid en Lagevrio beschikbaar zijn in het najaar van 2022 (die via de Europese centrale procedure worden ingekocht)?

Zoals ik reeds meerdere malen heb aangegeven, zal Evusheld in juni beschikbaar komen en heb ik voor zowel Paxlovid als Lagevrio bestellingen geplaatst via de Europese aankoopprocedure.⁹⁰

Om te bepalen hoeveel van welk geneesmiddel ik moet aanschaffen baseer ik mij onder andere op input van het LCG en het aantal ziekenhuisopnamen tijdens voorgaande piekbesmettingen. Voor alle COVID-behandelingen geldt dat de beroepsgroepen zelf bepalen hoe zij deze geneesmiddelen inzetten of zullen gaan inzetten. Zowel voor Paxlovid als Lagevrio geldt dat de onderhandelingen voor aankoop in het eindstadium zitten.

De Minister geeft in zijn laatste kamerbrief aan dat hij wil dat de markt (ziekenhuizen en groothandels) zelf geneesmiddelen inkopen. Echter, deze middelen worden ingezet als pre-exposure prophylaxis (Evusheld) of post exposure prophylaxis (Paxlovid en Lagevrio), waarbij de post exposure middelen zo kort mogelijk na infectie moeten worden toegediend. Is de Minister van plan om het gebruik van deze middelen centraal te coördineren, in te kopen, en te verdelen via bijvoorbeeld de eerste lijn of de apotheken, aangezien het nut van deze middelen alleen wordt behaald wanneer ze kort na infectie worden ingenomen? Indien niet, op welke manier stimuleert hij de groothandel dan om deze middelen op voorraad te hebben voor het najaar?

⁸⁹ MedRxiv, 29 mei 2022, «Tixagevimab/Cilgavimab for Prevention of COVID-19 during the Omicron Surge: Retrospective Analysis of National VA Electronic Data» (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.28.22275716v1>).

⁹⁰ Kamerbrief met stand van zaken COVID-19 (30 mei 2022) (Kamerstuk 25 295, nr. 1869), Antwoorden op Kamervragen over het bericht «Annelies zit al twee jaar in isolatie, maar Nederland is traag met medicatie voor kwetsbaren» (13 mei 2022) (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2735), Antwoorden op Kamervragen over coronamedicatie voor kwetsbaren (9 mei 2022) (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2656), Antwoorden op Kamervragen over 4e incidentele suppletoire begroting 2022 VWS (4 april 2022) (Kamerstuk 36 025, nr. 3), Kamerbrief over verslag Schriftelijk Overleg VSO informele EU-Informele Gezondheidsraad 10 februari 2022 (21 maart 2022) (Kamerstuk 21 501–31, nr. 656)

Sinds mijn besluit om een bestelling voor de middelen Paxlovid en Lagevrio te plaatsen, ben ik uitvoerig in gesprek geweest met de veldpartijen over de logistieke uitdagingen bij dit type geneesmiddelen, welke voornamelijk worden veroorzaakt doordat de firma het middel niet zelf in Nederland op de markt brengt. Hoewel het mijn wens is dat groothandels het geneesmiddel zelf kunnen inkopen bij de firma, zal ik vooralsnog Paxlovid centraal inkopen. Dit geneesmiddel wordt niet verdeeld maar voorgeschreven door een behandelend arts. De inrichting van het logistieke proces zal erop gericht zijn om het geneesmiddel vervolgens zo spoedig mogelijk via een apotheek beschikbaar te maken voor de patiënt.

Het lid Omtzigt zou graag een vergelijking zien van hoe de ventilatie op scholen en in publieke gebouwen op orde is in Nederland en in Vlaanderen. Wat zijn de plannen voor scholen en zal de zomervakantie benut worden om aanpassingen in lokalen te plagen of niet?

Op 14 april jl. is uw Kamer op hoofdlijnen geïnformeerd over de middel-lange termijn COVID-19 aanpak in het funderend onderwijs⁹¹. Momenteel is een sectorplan in ontwikkeling, waarin ook aandacht is voor ventilatie op scholen. Zodra het definitieve sectorplan gereed is, wordt deze met uw Kamer gedeeld. Inzake de maatwerkregeling verwijs ik u naar antwoord 71. Voor publieke plaatsen geldt in Nederland dat deze minimaal moeten voldoen aan de eisen uit het Bouwbesluit. De eisen uit het bouwbesluit zijn inrichtingseisen. Bij ontwerp van het gebouw, herbestemming of herindeling wordt de benodigde ventilatie berekend en worden voorzieningen aangelegd. Daarna is het aan de gebouwbeheerder om dit te onderhouden. In 2020 zijn een aantal quickscans verricht in verschillende sectoren om de ventilatie te beoordelen. Op basis daarvan zijn extra inspanningen gepleegd in het onderwijs. Voor publieke gebouwen zijn er geen signalen dat de situatie niet op orde is.

De Minister geeft aan dat de vroegsurveillance nu bestaat uit rioolwater-surveillance, Nivel-peilstations, infectieradar, sequencing en internationale duidingen. In eerdere brieven werd aangegeven dat het aantal Nivel-peilstations wordt opgeschaald tot 300 en dat Infectieradar mogelijk wordt uitgebreid tot een grotere groep respondenten. In welke mate is dit nu al georganiseerd en is dit tijdig gereed voor het komende najaar? Kan de Minister aangeven hoe hij omgaat met data uit de vroegsurveillance, te weten: wanneer implementeert de Minister welke interventies bij welke signalen uit de vroegsurveillance? Hoe wordt de publiekscommunicatie daarop afgesteld? In de lange termijn strategie die in april met de Kamer is gedeeld, spreekt de Minister bijvoorbeeld ook over bredere modellering, waarbij «meerdere onderliggende modellen» gebruikt worden, en de Minister gaf hierbij aan dat hij met het RIVM in gesprek is om dit mogelijk te maken. Kan hier een update over komen? In hoeverre stelt de Minister het RIVM en andere wetenschappelijke partners in staat om bij te dragen aan meerdere onderliggende modellen?

Het aantal Nivel-peilstations wordt opgeschaald tot 140 (en niet de in de vraag genoemde 300) en op dit moment leveren 120 praktijken samples aan voor detectie van respiratoire pathogenen. Op dit moment loopt Infectieradar al en doen zo'n 8000 deelnemers mee. Het plan is om het aantal deelnemers tot en met het najaar uit te breiden. Deze deelnemers zullen nog geworven worden via verschillende manieren.

De regie op de bestrijding van een A-ziekte is belegd bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Het RIVM volgt de situatie op

⁹¹ Kamerstukken 25 295, nr. 163.

basis van alle beschikbare indicatoren en voorziet het Ministerie van VWS wekelijks van duiding. Om de communicatie over de stand van de pandemie te verduidelijken, plaatst het RIVM sinds mei jl. een versie van de wekelijkse duiding op haar website. Daarnaast wordt de informatievoorziening over de ontwikkeling van het virus via het Coronadashboard op de website van de rijksoverheid voortgezet.

Op basis van signalen uit de monitoring kan de GGD, ondersteund door het RIVM, dagelijks besluiten om extra stappen met betrekking tot het zicht houden op het virus te zetten. Dit kan bijvoorbeeld uitbraakonderzoek of extra lokale monitoring zijn bij de opkomst van een nieuwe variant of een snelle stijging van het aantal besmettingen. Op basis van de wekelijkse duiding van de epidemiologische situatie en de suggesties die het RIVM doet voor de te nemen additionele stappen, kan het Ministerie van VWS besluiten om verdere acties te laten ondernemen, zoals het extra monitoren via een bepaald monitoringsinstrument of op een bepaalde plek om zo specifieke aandachtspunten nader te onderzoeken. Ook kan het RIVM besluiten het OMT bijeen te roepen. Als de situatie er aanleiding toe geeft zal het kabinet het OMT (en parallel hieraan het MIT) om advies vragen, waarna het (interdepartementale) besluitvormingsproces voor het (eventueel) nemen van maatregelen wordt gestart.

De informatievoorziening via het Coronadashboard wordt gecontinueerd zodat de informatievoorziening voor het algemeen publiek wordt gewaarborgd.

Het klopt inderdaad dat ik de ambitie heb om data breder beschikbaar te stellen aan partijen zoals het RIVM en andere wetenschappelijke partners zodat zij bij kunnen dragen aan het ontwikkelen van onderliggende modellen. Als eerste vind ik het belangrijk te vermelden dat actief gestimuleerd wordt om met open data (van bijvoorbeeld het RIVM) breder onderzoek uit te laten voeren. Deze data wordt momenteel door het RIVM al beschikbaar gesteld aan iedereen. Daarnaast is voor bepaald onderzoek ook andere data nodig die niet openbaar zijn. Hiervoor heeft het CBS de Remote Access veilige analyse omgeving beschikbaar, en werkt het RIVM samen met verschillende academische onderzoekers. Er wordt naar gestreefd meer data toegankelijk te maken via de veilige analyse omgeving van het CBS. Momenteel ligt hierbij de focus op de data die nodig is om het oversterfte onderzoek uit te voeren, wat naar aanleiding van de motie van het lid Omtzigt⁹² uitgevoerd wordt. Hierna zou ik de focus willen verleggen naar het mogelijk maken van toegang tot overige COVID-19-data ten behoeve van ander (wetenschappelijk) onderzoek en modellering.

Het lid Omtzigt ontvangt veel mails van mensen met Long COVID die ervaren dat hun hele leven is veranderd en velen hebben het gevoel aan hun lot te worden overgelaten. Regelmatig is er sprake van een uitzichtloze situatie, zonder verbetering op korte termijn. Daarnaast wordt aangegeven dat zij door specialisten het bos in worden gestuurd, vanwege het onvoldoende beschikken over kennis over (onderliggende) kenmerken en passende zorg. Herkent de Minister dit en hoe zou dit wat de Minister betreft verbeterd kunnen worden? Ter aanvulling, hoe kan volgens de Minister de kennisdeling tussen specialisten en onderzoekers over Long COVID en behandeling ervan verder worden gestimuleerd en gecoördineerd? Meerdere mensen geven aan inmiddels hun baan te zijn verloren door Long COVID. Wat niet meehelpt is dat wanneer iemand Long COVID heeft opgelopen in een werksituatie, dit niet erkent wordt als dienstongeval/beroepsziekte, ook uit angst voor precedentwerking. Het lid Omtzigt is van mening dat de overheid een belangrijke rol heeft in een

⁹² Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

goed voorbeeld geven als het gaat om ondersteuning bieden aan mensen met Long COVID. Inmiddels hebben duizenden mensen zich gemeld bij C-support. Kan de Minister toelichten wat C-support en vergelijkbare initiatieven concreet voor mensen die Long COVID hebben opgelopen kunnen betekenen? Wat is de reactie van de Minister op de oproep vorige week van C-support tot meer biomedisch onderzoek?

Ik betreur de gevolgen die mensen met post-COVID ondervinden. Het Ministerie van VWS werkt via ZonMw en het RIVM aan kennisontwikkeling ten behoeve van de diagnostiek, behandeling en (organisatie van) zorg voor mensen met post-COVID. Een voorbeeld hiervan is de CO-FLOW studie⁹³, waarin door middel van gegevens over onder andere zorggebruik en patiëntenstromen onderzoek wordt gedaan naar de verschillende zorgpaden. (Tussentijdse) bevindingen worden gepubliceerd en, indien mogelijk, direct toegepast in de organisatie van passende zorg voor mensen met post-COVID.

Onderzoek naar post-COVID, via ZonMw en het RIVM, levert direct bruikbare kennis op voor beleidsmakers en praktijkprofessionals. De verantwoordelijkheid voor kennisdeling tussen specialisten en onderzoekers over post-COVID ligt, net zoals bij andere aandoeningen, bij het zorgveld. Onder andere de Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) en Federatie Medisch Specialisten (FMS) spelen een belangrijke rol bij de vertaling van wetenschap naar de (huisartsen- en medisch specialistische) praktijk. Daarnaast deelt ZonMw goede voorbeelden van de implementatie van wetenschappelijk onderzoek met zorgprofessionals, waardoor de zorg in de praktijk steeds beter wordt.

In 2020 is al vroegtijdig in navolging op een motie van Jetten en Marijnissen⁹⁴ besloten om C-support in te richten in analogie naar Q-support, de nazorg voor Q-koorts patiënten, die reeds de kennis over de gevolgen van postinfectieuze aandoeningen en een basisorganisatie had staan. C-support adviseert en begeleidt mensen met post-COVID die langdurig (meer dan 3 maanden) klachten blijven houden na het doormaken van COVID-19. Zij hebben een team van medisch adviseurs, gespecialiseerde maatschappelijk werkenden en deskundigen op het gebied van werk, inkomen en psychosociale hulpverlening klaarstaan om patiënten breed te ondersteunen bij de vraagstukken die spelen. C-support kijkt niet alleen naar de huidige klachten, maar ook naar de gevolgen van die klachten op alle leefgebieden naast de lichamelijke en geestelijke gezondheid, zoals het sociale leven, werk en inkomen. C-support is met de meest actuele kennis van de ziekte ondersteunend aan patiënten en aan het netwerk zonder de reguliere zorg over te nemen; C-support kijkt wat nodig is om de situatie te verbeteren en te helpen bij het vinden van de juiste zorgverleners. Bij problemen met werk en inkomen werkt C-support samen met arbeidsdeskundigen, juristen en financieel adviseurs. Daarnaast adviseert C-support vanuit de steeds opbouwende kennis bij een groot aantal onderzoeken en scholen waar nodig en mogelijk zorgprofessionals. In navolging op de motie Weyenberg en van Dijk⁹⁵ werkt C-support samen met het Centrum Werk Gezondheid aan scholingsprogramma's voor patiënten en professionals en aan een onderzoek, dat specifiek gericht is op werk en post-COVID. De (tussen)resultaten worden op korte termijn gepresenteerd. Post-Covid.nl behartigt als patiëntenorganisatie (onder de vlag van het Longfonds) de belangen van de mensen

⁹³ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/programmas/project-detail/covid-19-programma/covid-19-follow-up-care-paths-and-long-term-outcomes-within-the-dutch-health-care-system-a-combined/>

⁹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 325.

⁹⁵ Kamerstuk 35 570 XV, nr. 55.

met post-COVID, informeert hen via de gelijknamige website en organiseert lotgenotencontact. Naast de patiëntenorganisatie zien we diverse initiatieven in het veld waarbij patiënten zich organiseren in belangengroeperingen, zoals Long-Covid Nederland en diverse Facebookgroepen. Eerder dit jaar heb ik aan het Longfonds een subsidiebedrag van € 500.000 verleend voor een periode van twee jaar t.b.v. het ondersteunen van mensen met post-COVID, waarmee concreet invulling wordt gegeven aan het amendement van het lid Paulusma c.s.⁹⁶ Het gaat hier om inspanningen voor het organiseren en verstevigen van zowel fysiek als digitaal lotgenotencontact. Hierin is ook specifiek aandacht voor de onzichtbare of moeilijk bereikbare doelgroep (lage SES, migratieachtergrond, digibetisme). Daarnaast is het Longfonds bezig met de (tijdelijke) voortzetting en uitbreiding van coronaplein.nu (nu: PostCovid NL) naar de brede groep klachten van post-COVID.

Er wordt al op nationaal en internationaal niveau veel onderzoek gedaan naar post-COVID. Tussentijdse resultaten van deze onderzoeken worden, indien mogelijk, gepubliceerd. Maar aan deze voorlopige onderzoeksresultaten kunnen nog geen conclusies worden verbonden. We wachten de definitieve resultaten met belangstelling af. Op basis van deze definitieve resultaten van de lopende onderzoeken moet worden beoordeeld wat de meerwaarde kan zijn van meer biomedisch onderzoek.

De Minister geeft in de beantwoording aan dat de subsidieregeling, waardoor zorgwerkgevers loondoorbetaling deels gesubsidieerd krijgen, in juni wordt gepubliceerd en het UWV werkgevers in zorg en welzijn die een ontslagaanvraag indienen, attenderen op deze subsidieregeling.⁹⁷ Betekent dit dat de subsidieregeling vanaf vandaag beschikbaar is en het UWV werkgevers hier vanaf nu op attendeert? Zo nee, vanaf wanneer precies in juni? Hoe gaat de Minister verder aan deze regeling bekendheid geven bij werkgevers? Ook als het gaat om mogelijkheden om met terugwerkende kracht een aanvraag te doen, zodat zolang het loket niet open is er alsnog afspraken kunnen worden gemaakt over loondoorbetaling. Kan de Minister de recent gestelde vragen over de handhavingnormen van de iSWZ tezamen met de antwoorden op dit verslag aan de Kamer doen toekomen?

De vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling is een bestaande mogelijkheid in de Wia. Voor het maken van afspraken daarover was het niet nodig de publicatie van de subsidieregeling af te wachten. De subsidieregeling is zoals vermeld 14 juni jl. gepubliceerd⁹⁸; werkgevers kunnen de subsidie aanvragen. De voorwaarden voor de subsidie waren reeds kenbaar gemaakt in de brief van 25 februari jl.⁹⁹, namelijk:

- het moet gaan om een vrijwillige verlenging van de loondoorbetaling;
- de verlenging moet minimaal 6 maanden bedragen;
- de werknemer waarvoor het wordt aangevraagd, is in de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020 langdurig ziek geworden.

De brancheorganisaties heb ik gevraagd hun achterban te attenderen op publicatie van de subsidieregeling en op de mogelijkheid een subsidieaanvraag te doen. Ook op rijksoverheid.nl en op de website van DUS-i die de regeling uitvoert, is informatie over de regeling te vinden.

⁹⁶ Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 32.

⁹⁷ Antwoord op vragen van het lid Omtzigt over geldende richtlijnen inzake persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan het begin van de coronacrisis en het onderzoek naar Long COVID. Ontvangen op 24 mei 2022. (Aanhangsel Handelingen II 2021/22, nr. 2868)

⁹⁸ Subsidieregeling: Stcrt. 2022, nr. 16010.

⁹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1813.

De antwoorden op de Kamervragen (ingekomen op 31 mei 2022) van het lid Omtzigt aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over het tijdelijke gedoogbesluit over gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen van het RIVM gedurende de coronacrisis in het voorjaar van 2020 toen duizenden mensen in verpleeghuizen overleden aan corona en er nauwelijks persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar waren in de verpleeghuizen, worden zo spoedig mogelijk beantwoord.

Het lid Omtzigt is benieuwd naar de voortgang van het onderzoek naar oversterfte. Hij leest met instemming over de samenwerking tussen onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het RIVM.

Genoemd lid vraagt de Minister of hij ervan uit mag gaan dat de onderzoekers de beschikking krijgen over alle beschikbare CBS-data (onder andere data van overlijden), RIVM-data (zoals vaccinatiedata en data dat iemand een positieve test gehad heeft), data van Stichting Dutch Hospital Data (DHD) (zodat comorbiditeiten meegewogen kunnen worden) en VECTIZ-data.

Mag genoemd lid ervan uitgaan dat deze data via anonimisering ook voor de onderzoekers niet herleidbaar is naar specifieke personen en er dus volledig voldaan wordt aan de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en andere privacy wetten? Kan de Minister dat bevestigen?

Zie het antwoord op vraag 89.

Het lid Omtzigt heeft met enige zorg kennisgenomen van de notulen¹⁰⁰ van de derde bijeenkomst van de klankbordgroep Onderzoek oversterfte 2020–2021, ingesteld door ZonMw. Genoemd lid vraagt om verheldering, want een data-onderzoek waar data niet beschikbaar en dus niet alle hypothesen goed getest kunnen worden, is niet de bedoeling. Is de Minister in staat om het onderzoek te doen over 2020 en 2021 en door te zetten, aangezien de oversterfte helaas eind november 2021 nog niet teruggekeerd was naar normale waarden? Het Lid Omtzigt zal hier aandacht voor blijven vragen. Een oversterfte van meer dan 30.000 mensen zou topprioriteit moeten zijn in de publieke gezondheidszorg. Indien de redenen daarvan goed in kaart gebracht kunnen worden, heeft dat gevolgen voor het beleid en hoe we de bevolking in Nederland gezond en levend kunnen houden.

Zie het antwoord op vraag 89.

¹⁰⁰ ZonMw, «Onderzoek naar redenen en oorzaken van oversterfte in de coronacrisis – Samenvatting van de voorzitter over de derde vergadering».