

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

AV

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2022

Hierbij bied ik u de verzamelbrief COVID-19 van 4 juli 2022 aan, die aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is verzonden. In de brief informeer ik uw Kamer over de stand van zaken van een aantal COVID-19 gerelateerde onderwerpen. Het betreft het epidemiologische beeld, mensen met een kwetsbare gezondheid, de laatste stand van zaken met betrekking tot vaccins, testen, persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten en innovatieve COVID-behandelingen, een reactie op het rapport «Oversterfte en sterfte in 2020 en 2021» van het CBS en RIVM, de inzet op post-COVID, de wijzigingsregeling COZO 2021 en bonusregeling, subsidieregeling COZO 2022, de overkoepelende coronadienstverleningsstrategie, de digitale ondersteuning, producten van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, het «stilstaan bij corona»-moment en moties en toezeggingen.

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

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juli 2022

In deze brief informeer ik uw Kamer over de stand van zaken op een aantal COVID-19 gerelateerde onderwerpen. Achtereenvolgens ga ik in op het epidemiologische beeld op dit moment (paragraaf 1), mensen met een kwetsbare gezondheid (passage 2), de laatste stand van zaken met betrekking tot vaccins, testen, persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten en innovatieve COVID-behandelingen (paragraaf 3 t/m 6) en geef ik een reactie op het rapport «Oversterfte en sterfte in 2020 en 2021» van CBS en RIVM (paragraaf 7). Vervolgens ga ik in op de inzet op post-COVID (paragraaf 8), de wijzigingsregeling COZO 2021 en bonusregeling (paragraaf 9), subsidieregeling COZO 2022 (passage 10), de overkoepelende coronadienstverleningsstrategie (paragraaf 11), de digitale ondersteuning (paragraaf 12), producten van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (paragraaf 13) en het «stilstaan bij corona»-moment (paragraaf 14). Tot slot geef ik met deze brief invulling aan onderstaande moties en toezeggingen, die in de verschillende paragrafen worden toegelicht. Overige moties en toezeggingen komen in paragraaf 15 aan de orde.

- De toezegging aan het lid Pouw-Verweij om verdere uitleg te geven over de uitwerking en uitvoering van serologie;
- De toezegging aan het lid Tielen om te onderzoeken of het mogelijk is CoronaMelder op een later moment te herintroduceren in combinatie met zelftesten;
- De toezegging aan het lid Van Wijngaarden om een overzicht te geven van de communicatie-activiteiten die gepland zijn om het belang van de herhaalprik te benadrukken;
- De toezegging aan de leden Hijink en Van den Berg om nogmaals te bekijken hoe ervoor gezorgd kan worden dat mensen een deskundig en op hun individuele situatie toegespitst medisch advies kunnen krijgen over de herhaalprik;
- De motie van de leden Grinwis en Boswijk om in samenwerking met de waterschappen en het RIVM tot een ethisch kader te komen inzake het verkrijgen, beheeren en gebruiken van data uit rioolwateronderzoek (Kamerstuk 35 925 XII, nr. 66);
- De motie van het lid Den Haan c.s. om de techniek van de CoronaCheck-app aan te passen zodat mensen die gevaccineerd zijn en toch corona krijgen, geen groen vinkje krijgen in hun CoronaCheck-app in de periode dat zij in isolatie moeten (Kamerstuk 25 295, nr. 1540);
- De motie van het lid Paternotte c.s. om het mogelijk te maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten (Kamerstuk 25 295, nr. 1566);
- De motie van het lid Omtzigt om academisch onderzoek uit te voeren naar de redenen en oorzaken van oversterfte van de begin van de pandemie in 2020 tot en met november 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1617);
- De motie van het lid Van Haga om in gesprek te gaan met beroepsverenigingen van artsen om onverwachte ziektebeelden na coronavaccinatie te melden bij Lareb, en de Kamer te informeren over de uitkomsten (Kamerstuk 25 295, nr. 1850);
- De motie van het lid Westerveld om gratis FFP2-maskers voor mensen met een kwetsbare gezondheid en mantelzorgers toe te voegen aan de huidige pbm-regeling voor kwetsbaren en om de regeling persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor mensen met een kwetsbare

- gezondheid en mantelzorgers via apotheken ten minste te verlengen totdat er helderheid is over de invulling voor de lange termijn, zoals aangekondigd in de langetermijnstrategie (Kamerstuk 25 295, nr. 1851);
- De motie van het lid Van den Berg c.s. om maatwerk mogelijk te maken voor het toedienen van – op vrijwillige basis – herhaalprikken voor kwetsbaren onder de 60 jaar als de medisch specialist dat adviseert, en hier duidelijk over te communiceren richting de betreffende doelgroepen en de GGD'en en om tevens te onderzoeken hoe FFP2-maskers beschikbaar gesteld kunnen worden aan kwetsbare mensen (Kamerstuk 25 295, nr. 1870).
 - De motie van het lid Van der Staaij c.s. die de regering verzoekt om de Kamer uiterlijk vóór het zomerreces te informeren over haar reactie op het advies en opdrachten te geven over de inrichting van de zorgketen en de concentratie van (covid)zorg (TK 25 295, nr. 1853).

1. Epidemiologisch beeld

In de duiding van het RIVM van 22 juni jl. wordt aangegeven dat we de circulatie van COVID-19 op alle vlakken zien toenemen. Het betreft met name een stijging van infecties met de besmettelijkere BA.5 variant. Het RIVM kan moeilijk voorspellen hoe de toename van deze variant zich gaat ontwikkelen en welk effect dit zal hebben op de gezondheidszorg. Op basis van de huidige inzichten verwacht het RIVM een verdere toename in het aantal besmettingen, maar geen hoge piek in de ziekenhuis- en IC-opnames.

Dit heeft impact op het ziekteverzuim in alle sectoren. Het RIVM adviseert daarom om het belang van de basismaatregelen opnieuw onder de aandacht te brengen bij het algemeen publiek: testen bij klachten, thuisblijven (isolatie) na een positieve test, handen wassen en goed ventileren van ruimten. Ook is het van belang om te testen als je op bezoek gaat bij een kwetsbaar persoon. Daarnaast worden mensen die kwetsbaar zijn of zich kwetsbaar voelen gewezen op wat zij zelf kunnen doen om zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld het dragen van een mondneusmasker. Ook acht het RIVM het van belang om preventief mondneusmaskergebruik in de zorg te heroverwegen. Hiertoe vindt overleg plaats met de betrokken koepelorganisaties.

Verder geeft het RIVM aan dat de vaccineffectiviteit tegen ernstige ziekte na volledige vaccinatie nog steeds relatief hoog is in alle leeftijdsgroepen. Op dit moment is er daarom geen aanleiding voor een herhaalprik onder de 60 jaar of extra boostervaccinatie bij ouderen. De huidige en verwachte toename van Covid-19-infecties onderstreept echter wel de noodzaak van een basisserie met boostervaccinatie voor iedereen onder de 60 jaar en de herhaalvaccinatie voor iedereen vanaf 60 jaar. Het advies is om op korte termijn volwassenen die de basisvaccinatie, booster of herhaalprik (alleen de 60-plussers) nog niet gehaald hebben op te roepen deze vaccinatie alsnog te halen. Ik neem deze adviezen ter harte, die ondersteuning van het lopend beleid zijn. Tot slot overlegt het expertteam COVID-19-vaccinaties in juli (OMT-V) over hun advies al dan niet over te gaan tot een nieuwe vaccinatieronde later in het jaar. De volledige duiding van het RIVM is bijgevoegd. Vanaf aankomende week zal de wekelijkse duiding op het website van het RIVM geplaatst worden.

Publiekscommunicatie

De overheid is ook de afgelopen periode actief blijven communiceren over het belang van het naleven van de basisadviezen. In navolging van de hierboven beschreven adviezen van het RIVM, zijn we de communicatie-inspanningen verder aan het intensiveren. Zo is inmiddels een campagne

gestart om de basisadviezen weer nadrukkelijk bij iedereen onder de aandacht te brengen. Deze publiekscommunicatie wordt ook online verder geïntensiveerd via social media, online banners, advertenties en andere middelen om zowel het brede publiek als specifieke doelgroepen te bereiken. In al deze uitingen benadrukken we het belang van mensen met een kwetsbare gezondheid.

Daarnaast worden mensen opgeroepen om hun herhaalprik of booster te halen als zij dit nog niet gedaan hebben, met extra aandacht voor ouderen en zorgmedewerkers. Deze herhaaloproep wordt breed uitgezet onder alle volwassenen, met extra aandacht voor ouderen en zorgmedewerkers. Deze persoonlijke, directe communicatie is de beste motivatie. Ook voor de publiekscommunicatie geldt dat we zo gericht mogelijk communiceren. Hiervoor gebruiken we onderzoeken naar vaccinatiebereidheid en inzichten in motivaties om de herhaalprik wel of niet te halen van onder andere de gedragsunit van het RIVM.

Bovengenoemde publiekscommunicatie zetten we al in sinds de start van de herhaalprikcampagne en bestaat onder meer uit persbericht- en social mediaberichtgeving, uitingen op social media over het belang van en informatie over de herhaalprik, inzet van een toolkit voor zorg- en ouderenorganisaties met middelen om hun achterban te informeren, advertenties in landelijke-, regionale- en huis-aan-huis bladen, redactionele artikelen in huis-aan-huis bladen en seniorentitels, een Facebook-campagne gericht op 60-plussers en informatie op beeldschermen bij huisartsen en apotheken.

Naast deze inzet specifiek gericht op de herhaalprik besteden we doorlopend aandacht aan het belang van de coronaprik in het algemeen om de vaccinatiebereidheid hoog te houden. Hiervoor sluiten we onder andere in social mediaberichtgeving aan op de actualiteit en publicaties van het RIVM, ontwikkelen we een video met uitleg hoe we ons voorbereiden op het najaar en hebben we coronavaccinatie.nl/prikwijzer gelanceerd om mensen te ondersteunen die niet meer weten welke prikken zij hebben gehad en nog nodig hebben.

2. Mensen met een kwetsbare gezondheid

Wanneer in het publieke en politieke debat wordt gesproken over «kwetsbaren», dan worden vaak mensen met een kwetsbare gezondheid bedoeld, ook wel «medisch kwetsbaren» genoemd. Dit zijn mensen die gevoeliger zijn voor een ernstiger beloop van een COVID-19-infectie. Deze kwetsbare groep is bij oplevingen van het virus extra gebaat bij beschermende maatregelen om veilig deel te kunnen nemen aan de maatschappij. Het kabinet begrijpt de zorgen en voorzichtigheid van deze groep sinds de afschaling van de COVID-19-maatregelen. In de langetermijnstrategie alsook in het huidige beleid is dan ook specifiek aandacht voor de gezondheid van deze groep.

Tegelijkertijd kan de overheid niet alle risico's wegnemen waarmee deze groep kwetsbaren te maken heeft. Mensen met een kwetsbare gezondheid hebben meestal een ernstige en veelal chronische ziekte onder de leden. Diezelfde mensen zijn ook kwetsbaar op andere factoren en infecties, naast een COVID-19-infectie. Dat betekent dat het nemen van specifieke maatregelen op het terrein van COVID-19 de kwetsbaarheid van deze mensen niet geheel kan wegnemen.

Dit gezegd hebbend besef ik heel goed de zorgen die mensen hebben voor hun eigen gezondheid maar ook de wens om zelf te kunnen bepalen waar je gaat en staat, ook als je een kwetsbare gezondheid hebt. Ook in de

Tweede Kamer ervaar ik brede steun om daar waar de overheid een actieve rol kan nemen dat ook te doen. Ik richt me daarbij op acties die het meest effectief zijn en de meeste gezondheidswinst en/of risicoreductie opleveren voor de groep medisch kwetsbaren. Deze inspanningen dienen tevens proportioneel en in evenwicht te zijn in verhouding tot de mogelijke effecten van dit beleid op andere potentieel kwetsbare groepen, zoals sociaal-maatschappelijk en economisch kwetsbaren.

Het kabinet zet zich op verschillende manieren in voor de gezondheid van mensen met een kwetsbare gezondheid. Zo worden zelftesten en beschermingsmiddelen voor medisch kwetsbare Nederlanders in thuisisolatie en hun zorgverleners kosteloos verstrekt via de apotheek. Daar worden nu FFP2-mondkapjes aan toegevoegd. Daarnaast blijven de GGD-testfaciliteiten open met als doel om een goede testfaciliteit te bieden voor o.a. inwoners van een verpleeghuis of een andere instelling met kwetsbare personen (boven de 70 jaar of met een ernstige afweerstoornis), mensen die thuis wonen en naar de dagbesteding gaan (boven de 70 of met een ernstige afweerstoornis) en mensen die geen zelftest kunnen afnemen, ook niet met de hulp van anderen. Ook wordt er periodiek overleg gevoerd met de beroepsgroep over welke (nieuwe) coronabehandelingen mogelijk een aanvulling zouden kunnen vormen op het huidige behandelarsenaal bijvoorbeeld voor mensen bij wie de coronavaccins niet goed werken. Daarnaast ga ik binnenkort in gesprek met Vergeet Ons Niet Ernst, een groep mensen met een kwetsbare gezondheid.

Verder roept de overheid actief op om rekening te houden met de groep mensen met een kwetsbare gezondheid. Deze boodschap is een onderdeel van de algemene publiekscommunicatie. Ook wordt via zorgkoepels en social media gecommuniceerd dat persoonlijke beschermingsmiddelen kosteloos beschikbaar zijn voor mensen die in thuisisolatie zitten vanwege hun kwetsbare gezondheid en hun mantelzorgers.

Tenslotte hebben sectoren de afgelopen maanden gewerkt aan plannen om de verspreiding van het virus te verminderen. Een aantal sectoren, zoals de sport- en cultuursector, heeft in hun plannen al specifieke aandacht voor mensen met een kwetsbare gezondheid. Het kabinet blijft de komende maanden met sectoren in gesprek om de sectorplannen verder vorm te geven. Conform motie van het lid Paulusma c.s. vraagt het kabinet hierbij expliciet aandacht voor de positie van kwetsbaren.¹ In september wordt uw Kamer geïnformeerd over de uitkomst van de sectorplannen. Daarbij zullen we specifiek ingaan op hoe sectoren rekening kunnen houden met mensen met een kwetsbare gezondheid.

3. Vaccineren

Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM heeft een responsteam ingericht dat op basis van het toepassingskader revaccinatie tegen COVID-19 van de Gezondheidsraad tweewekelijks evalueert of er op dat moment voldoende aanleiding is revaccinatie te overwegen. Volgens het responsteam van het RIVM is er op dit moment geen aanleiding om een nieuwe herhaalprik te overwegen. De op dit moment aangeboden prikken, namelijk de booster voor mensen jonger dan 60 jaar en de herhaalprik voor mensen ouder dan 60 jaar, mensen met syndroom van Down en mensen met een ernstige immuunstoornis, beschermen nog steeds erg goed tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname door COVID-19. Het uitbreiden van de doelgroepen voor de herhaalprik levert volgens het responsteam weinig gezondheidswinst op.

¹ Kamerstuk 25 295 nr. 1854.

Naar aanleiding van het debat met uw Kamer van 16 juni jl. wil ik nogmaals toelichten waarom de herhaalprik enkel beschikbaar is voor 60-plussers en specifieke doelgroepen. Het toepassingskader en de medisch-wetenschappelijke adviezen van de Gezondheidsraad en het RIVM zijn leidend bij de besluitvorming over de inzet van COVID-19-vaccins. Het primaire doel van het vaccinatiebeleid is het voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door COVID-19. Het afgelopen jaar hebben we geleerd dat de bescherming van de basisserie na verloop van tijd enigszins afneemt. Inmiddels weten we dat een hogere leeftijd, dus niet onderliggend lijden, de belangrijkste indicator voor een afname in bescherming is. Het immuunsysteem van ouderen werkt minder goed dan dat van mensen met een jongere leeftijd. Deze verminderde werking zien we ook bij mensen met het syndroom van Down en mensen met een ernstige afwijking van het immuunsysteem. In individuele gevallen is er daarom maatwerk mogelijk voor mensen die een vergelijkbare ernstige afweerstoornis hebben door ziekte of behandeling en bij wie de immunologische bescherming om die reden ook sneller terugloopt. Op deze maatwerkroute ga ik in verderop in deze brief, in het kader van de motie-Van den Berg.

Omdat het immuunsysteem van de eerder genoemde groepen minder goed werkt, neemt hun opgebouwde bescherming sneller af. Dit is waarom deze groepen het eerst in aanmerking kwamen voor een booster en ook waarom zij nu een herhaalprik aangeboden krijgen. Dankzij de herhaalprik wordt de bescherming tegen ernstige ziekte bij deze groepen weer op peil gebracht. De meeste andere mensen zijn na de basisserie en de booster echter goed en voor langere tijd beschermd tegen ernstige ziekte en sterfte. Onderliggend lijden of mate van blootstelling spelen hierbij geen grote rol. Er zijn géén aanwijzingen dat de booster minder goed werkt bij mensen met een medisch risico, zoals astma of diabetes. Met andere woorden: mensen onder de 60 jaar uit dergelijke medische risicogroepen bereiken door middel van de booster een even goede bescherming tegen ziekenhuisopname en sterfte als gezonde mensen onder de 60 jaar. In de huidige epidemiologische situatie zijn er daarom geen medisch-wetenschappelijke redenen om een herhaalprik aan te bieden aan mensen van onder de 60 jaar, al dan niet uit een medische risicogroep of met een verhoogde blootstelling aan het virus. Een herhaalprik levert voor deze mensen slechts zeer beperkte verhoging van de beschermingsgraad op. Het RIVM geeft daarnaast aan dat een langere interval tussen de doses voor een betere immunrespons zorgt. Het aanbieden van een herhaalprik zonder medische noodzaak vind ik onwenselijk: vaccineren is een medische handeling waar een zorgvuldige gezondheidsafweging aan ten grondslag dient te liggen. Het toedienen van een vaccinatie zonder medische noodzaak is overigens ook niet toegestaan en kan juridische gevolgen hebben voor de betrokken partijen.

Het responsteam van het RIVM houdt de bescherming die vaccins bieden nauwlettend in de gaten. Mocht het responsteam op een later moment aanleiding zien om te overwegen een nieuwe vaccinatieronde te starten of de doelgroepen voor de huidige herhaalprik uit te breiden, wordt er een «expertteam COVID-19-vaccinaties» (OMT-V) bijeen geroepen om hierover te adviseren. Vooralsnog staat er in ieder geval een bijeenkomst van het OMT-V gepland in juli 2022.

Vorbereidingen mogelijke volgende vaccinatiecampagne

Het RIVM en de GGD'en bereiden zich voor op verschillende scenario's voor het aanbieden van een nieuwe herhaalprik na de zomer. Binnen deze uitvoeringsplannen worden twee scenario's beschreven. Als eerste een basisscenario, waarbij in ieder geval de meest kwetsbare groepen, die

reeds voor de eerste herhaalprik in aanmerking kwamen, een nieuwe vaccinatie aangeboden krijgen. Als tweede is er een opschalingsscenario, waarin rekening gehouden wordt met de mogelijkheid de hele bevolking een vaccinatie aan te bieden. De GGD'en bereiden zich voor om, na een positief besluit over een nieuwe vaccinatieronde, vanuit een basiscapaciteit van 300.000 vaccinaties per week in drie weken op te schalen naar een capaciteit van 500.000 vaccinaties per week. In de drie weken daarna kan dit worden uitgebreid naar een capaciteit van 1,5 miljoen vaccinaties per week.

GGD GHOR Nederland gaf aan, gelet op de krapte op de arbeidsmarkt en de aankomende zomervakantie, tijdig te willen starten met werven en selecteren van personeel. In een open samenleving is het vinden van voldoende personeel immers een noodzakelijke voorwaarde voor een tijdige opschaling. Ik vind het van groot belang dat de uitvoering van een nieuwe vaccinatieronde op tijd gereed is om zo snel mogelijk te starten met vaccineren wanneer dit nodig is. Ik heb het RIVM en de GGD'en daarom gevraagd te starten met het voorbereiden van een campagne na de zomer, ook al is het besluit om te gaan vaccineren nog niet genomen. Ik was reeds voorbereid op de financiering van een najaarscampagne vanuit het budget voor COVID-19-vaccinatiecampagnes dat in mijn begroting is opgenomen, en het besluit om eerder te starten met het werven en selecteren zal daarbinnen worden opgevangen. Met deze aankondiging kunnen ook de overige uitvoeringpartners zich alvast gaan voorbereiden op een mogelijke vaccinatiecampagne na de zomer.

Motie Van den Berg c.s. over maatwerk rond herhaalprikken voor kwetsbaren onder de 60 jaar

Een uitzondering op bovenstaande vormen mensen met een gecompromitteerd immuunsysteem. Sinds 19 april jl. ontvangen mensen met een gecompromitteerd immuunsysteem een uitnodiging voor een herhaalprik tegen COVID-19. Het gaat om patiënten die onder behandeling zijn van een medisch specialist voor een specifieke aandoening of bepaalde medicijnen voorgeschreven krijgen. In de meeste gevallen hebben deze patiënten een uitnodigingsbrief voor de herhaalprik ontvangen van hun medisch specialist. Met deze uitnodigingsbrief kunnen zij een herhaalprik bij de GGD krijgen. De mensen die de uitnodiging voor de herhaalprik van een medisch specialist krijgen, behoren in principe tot de groep patiënten die eerder een derde prik als onderdeel van de basisvaccinatie kregen. Daarnaast is er, zoals ik ook in het debat met uw Kamer van 24 mei jl. heb aangegeven, maatwerk voor individuele patiënten. Het betreft patiënten met een vergelijkbare ernstige afweerstoornis door een ziekte of behandeling die buiten de eerdergenoemde patiëntengroepen vallen, maar volgens hun medisch specialist baat hebben bij een extra prik vanwege een vergelijkbare afname van de immunologische bescherming. De doelgroep wordt door de medisch specialist geïnformeerd over de maatwerkaanpak. In een nieuwsbrief aan zorgprofessionals, verstuurd in de week van 13 juni jl., heeft het RIVM de werkwijze voor de maatwerkaanpak extra toegelicht. Ook GGD GHOR Nederland heeft de maatwerkaanpak extra toegelicht in een nieuwsflits voor regionale GGD'en. Daarnaast zijn de patiënten- en cliëntenorganisaties voorzien van informatie over de maatwerkaanpak om te verspreiden onder de achterban. Tot slot wordt er op www.coronavaccinatie.nl/herhaalprik en www.rivm.nl/coronavaccinatie/afweerstoornis meer informatie gegeven over de maatwerkroute via de medisch specialist.

In het debat van donderdag 16 juni jl. heb ik daarnaast aan het lid Van den Berg (CDA) toegezegd nogmaals in gesprek te gaan met huisartsen om te bekijken of er mogelijkheden zijn om de maatwerkroute te verbeteren.

Huisartsen geven aan te herkennen dat er bepaalde patiënten zijn met de wens voor een extra vaccinatie, maar weten ook dat hiervoor niet altijd een medische onderbouwing bestaat. In die gevallen is goede communicatie over nut en noodzaak van een eventuele extra herhaalprik erg belangrijk om zorgen weg te nemen bij patiënten. Communicatie via landelijke kanalen kan hieraan bijdragen, maar huisartsen kunnen in individuele gevallen ook een gesprek aangaan met patiënten. Vanuit het RIVM wordt een communicatiehulpmiddel opgesteld en gedeeld met de huisartsenkoepels om huisartsen hierbij extra te ondersteunen. Met het bovenstaande geef ik invulling aan de motie van het lid Van den Berg (CDA) c.s.² over het aanbieden van een herhaalprik aan kwetsbaren onder de 60 jaar als de medisch specialist dat adviseert, en hierover duidelijk communiceren richting de betreffende doelgroepen en de GGD'en. In de betreffende motie wordt ook gevraagd naar het verstrekken van FFP2-maskers aan kwetsbare mensen. Hierop ga ik in onder paragraaf 4. Tevens geef ik invulling aan de toezegging aan de leden Hijink (SP) en Van den Berg (CDA) om nogmaals te bekijken hoe ervoor gezorgd kan worden dat mensen een deskundig en op hun individuele situatie toegespitst medisch advies kunnen krijgen over de herhaalprik.

Inzet apothekers bij het vaccineren

In het debat van 16 juni jl. heeft het lid Paulusma (D66) gevraagd of het mogelijk is om apothekers in te zetten in het vaccinatieproces. Ik ben in gesprek gegaan met apothekers om te bespreken in hoeverre zij inzetbaar zijn binnen de COVID-19-vaccinatiecampagnes. Ik heb gesprekken gevoerd met het RIVM, de GGD GHOR Nederland en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), de brancheorganisatie van de apothekers, waarbij besloten is dat ook de apothekers lokaal een bijdrage kunnen leveren aan het fijnmazig vaccineren tegen COVID-19.

Omdat veel mensen regelmatig een apotheek bezoeken, zijn apotheekmedewerkers voor hen vertrouwde personen. Doordat apothekers goed vertegenwoordigd zijn in de wijken, kunnen zij een rol spelen in het bereiken van doelgroepen waar de vaccinatiegraad relatief laag ligt. Apothekers gaven al voorlichting over coronavaccinaties, maar kunnen op lokaal niveau ook meewerken aan het zetten van vaccinaties. Aangezien apothekers volgens de Wet BIG niet zelfstandig bevoegd zijn om vaccinaties toe te dienen, dient dit wel met medewerking van een huisarts te gebeuren. De huisarts kan via de opdrachtconstructie uit de Wet BIG de apotheker bekwaam verklaren om onder toezicht te vaccineren. De huisarts blijft wel medisch eindverantwoordelijk. Wanneer een huisarts en een apotheker ervoor kiezen een samenwerking aan te gaan, blijft de reeds bestaande vaccineroute ongewijzigd. Dit betekent dat de GGD zorgt voor opgetrokken spuiten, dat de huisarts de spuiten ophaalt en dat afhankelijk van de onderlinge afspraken de huisarts of apotheker de patiënt vaccineert. De registratie en financiële compensatie verloopt via de huisarts, waarbij de huisarts en de apotheker onderlinge samenwerkingsafspraken maken. Het staat de samenwerkende apotheker en huisarts vrij zelf te bepalen hoe deze financiële compensatie verdeeld wordt. Ik ben het RIVM, de GGD GHOR Nederland en de KNMP zeer erkentelijk dat we gezamenlijk nieuwe stappen blijven zetten om de vaccinatiegraad te verhogen.

² Kamerstuk 25 295, nr. 1870.

Volgens de Geneesmiddelenwet (artikel 78:3) zijn zorgverleners verplicht om bij het Lareb melding te maken van ernstige bijwerkingen. Onder ernstig wordt volgens internationale afspraken verstaan: bijwerkingen die leiden tot overlijden, (verlenging van) ziekenhuisopname, blijvende arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, congenitale afwijkingen en andere situaties die van medisch belang worden geacht. Zorgverleners kunnen de bijwerkingen melden via het meldformulier van Lareb. Vervolgens analyseert Lareb de meldingen van bijwerkingen zodat onderzocht kan worden of er daadwerkelijk een verband is met de vaccinatie. De bevindingen worden met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) gedeeld. Het CBG beoordeelt uiteindelijk of het gaat om een nieuwe bijwerking en neemt maatregelen wanneer noodzakelijk. Ook zorgt het CBG er voor dat de bevindingen internationaal worden gedeeld. De meldingen worden geanonimiseerd doorgestuurd naar de EudraVigilance databank³ van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en langs die weg ook gedeeld met VigiBase, de databank van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).⁴ Deze databanken maken het mogelijk om internationaal informatie over bijwerkingen uit te wisselen. Ze zijn voor iedereen toegankelijk en worden door zorgverleners en medische instanties uit de hele wereld geraadpleegd om bijwerkingen in een vroeg stadium te signaleren. Mogelijke bijwerkingen van vaccins worden daarmee nauwkeurig gemonitord. Het is bovendien staand beleid dat zorgverleners melding maken van onverwachte ziektebeelden na COVID-19-vaccinatie, ongeacht of zij een causaal verband zien met de vaccinatie. Daarmee beschouw ik de motie van het lid Van Haga als afgedaan.⁵

4. Testen

Berenschot rapport pilots begeleid zelftesten

Bijgaand treft u het eindrapport van Berenschot over de pilots begeleid zelftesten aan. De pilots hielden in dat mensen een zelftest met begeleiding deden, ofwel op een testlocatie, ofwel door begeleiding in de thuissituatie, ofwel door begeleiding op afstand via een digitale verbinding. Van de drie pilots kon de pilot op de testlocatie als enige doorgang vinden. In het rapport wordt geconcludeerd dat deze pilot van toegevoegde waarde kan zijn voor het testlandschap, maar dat er nog wel gekeken moet worden naar de schaalbaarheid van deze optie. De andere twee pilots (de pilot in de thuissituatie en de pilot gericht op het digitaal begeleid zelftesten) konden helaas niet doorgaan, vanwege enerzijds het veranderde coronabeleid waarin testen voor toegang verviel en daardoor het beperkte tijdbestek om de pilots uit te voeren, en anderzijds vanwege weinig interesse voor de pilots in de thuissituatie en complexiteit met betrekking tot de identificatiemethode.

Op dit moment wordt vervolgonderzoek gedaan door het UMCU naar beperkte sensitiviteit van zelftesten bij mensen zonder klachten. De uitkomsten van dit onderzoek wil ik afwachten voor het beantwoorden van de vraag of en hoe zelftesten in de toekomst, mocht dat weer nodig zijn, ingezet kunnen worden voor het coronatoegangsbewijs. Ik verwacht

³ Zie: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/pharmacovigilance/eudravigilance/eudravigilance-system-overview>.

⁴ Zie: <https://who-umc.org/vigibase/>.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1850.

de resultaten van dit onderzoek op korte termijn en zal uw Kamer daarover separaat informeren.

Uitfaseren HPZone Lite

Op 12 februari 2021 heeft de GGD besloten tot het vervangen van HPZone (Lite) ten behoeve van de bestrijding van COVID-19 en HPZone voor de reguliere infectieziektebestrijding.⁶ Op verzoek van de GGD'en en GGD GHOR Nederland wordt GGD Contact ontwikkeld als vervanging van HPZone (Lite) voor de bestrijding van COVID-19.⁷ GGD Contact is sinds september 2021 bij alle GGD'en in gebruik ter ondersteuning van het Bron- en Contactonderzoek (BCO).⁸ Sinds januari 2022 kunnen ook alle landelijke partners ermee werken.⁹

GGD Contact is volledig ontwikkeld conform privacy en *security by design* en voldoet aan de normen voor informatieveiligheid. GGD Contact zorgt dat het BCO-proces efficiënter kan worden uitgevoerd. In een evaluatie over GGD Contact onder eindgebruikers is een brede waardering uitgesproken over de gebruiksvriendelijkheid.

Op dit moment werken GGD medewerkers minder in HPZone (Lite) voor de bestrijding van COVID-19. Het grootste deel van het BCO wordt in GGD Contact uitgevoerd. HPZone (Lite) voor bestrijding van COVID-19 is nu nog wel nodig om onder andere gegevens te ontvangen en na uitvoeren van BCO te delen met onder meer het RIVM. Om HPZone (Lite) voor bestrijding van COVID-19 als geheel uit te faseren, is nog een aantal functionaliteiten nodig die randvoorwaardelijk zijn voor het bestrijden van COVID-19. Naar verwachting kan HPZone Lite voor de bestrijding van COVID-19 in het najaar van 2022 definitief uitgefaseerd worden. Waarbij het gebruik van HPZone zal beperkt worden tot een selecte groep specialisten in de infectieziektebestrijding (IZB-artsen en -verpleegkundigen), zoals voor de COVID-19-pandemie gewoonlijk was.

Stopzetten bekostigingsroute COVID-19 PCR lab analyses via Openbaar Gezondheidsbudget

In de verzamelbrief COVID-19 van mei 2022¹⁰ heb ik Uw Kamer geïnformeerd dat ik onderzoek of de declaratieroute van de COVID-19 PCR lab-analyse in opdracht van huisartsen en zorginstelling herzien dient te worden. Vanwege het aanbreken van de nieuwe fase van de pandemie en de daaruit voortvloeiende wijziging van het testbeleid, heb ik besloten om de bekostigingsroute van COVID-19 PCR lab-analyse via het Openbaar Gezondheidsbudget (OGZ-budget), die in opdracht van huisartsen en zorginstellingen wordt gedaan, te sluiten. Over de datum van de inwerkingtreding van het besluit worden betrokkenen zo snel mogelijk geïnformeerd. Uiteraard kan zorgpersoneel nog steeds terecht bij de GGD-teststraat voor een PCR-test. Voor inwoners van een verpleeghuis of een andere instelling met kwetsbare bewoners¹¹, thuiswonenden die naar dagbesteding gaan met kwetsbare bewoners en mensen die geen zelftest kunnen doen verandert er niets. De lab analyses voor deze COVID-19 PCR testen werden niet uit het OGZ-budget bekostigd. Daarbij kunnen deze doelgroepen ook nog steeds bij de GGD terecht voor een PCR-test. Voor overige burgers geldt het zelftestadvies. Daarnaast kan het incidenteel

⁶ Kamerstuk 27 529, nr. 258.

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1105.

⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1717.

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1869.

¹¹ Dit betreft mensen boven de 70 of mensen met een ernstige afweerstoornis.

voorkomen dat een huisarts het nodig vindt om een PCR-test af te nemen, bijvoorbeeld als iemand met andere klachten de huisarts bezoekt en de huisarts een covid-infectie uit wil sluiten. In dat geval loopt de bekostiging via de Zorgverzekeringswet.

Voor ziekenhuizen verandert er niets, deze testen hun personeel nog zelf. Dit wordt niet uit het OGZ-budget gefinancierd.

Bewaartermijnen testuitslagen

De Eerste tranche van de Wet publieke gezondheid is woensdag 8 juni jl. in openbare consultatie is gegaan. In de eerste tranche is voor de bewaartermijnen, zoals die gelden voor testuitslagen van afgenomen coronatesten, expliciet een uitzondering opgenomen voor de GGD. Voor de uitslagen van de door de GGD afgenomen coronatesten gelden de bewaartermijnen van 10 en 20 jaar, voor respectievelijk de BES Eilanden en Europees Nederland, uit het Burgerlijk Wetboek BES en de WGBO (Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst), tenzij de patiënt om vernietiging van de gegevens verzoekt.

Afschalen coördinerende taken testen LCCB

De Landelijke Coördinatie COVID-19 Bestrijding (LCCB) ondersteunt GGD'en in de coronabestrijding en heeft in dat kader coördinerende taken op bijvoorbeeld het gebied van testen. Dat gaat om ondersteuning in het testproces met bijvoorbeeld het Landelijk Klant Contact Centrum. Nu de testcapaciteit is afgeschaald worden parallel ook deze coördinerende taken afgeschaald. Hierbij wordt afgeschaald tot een niveau waarop er nog steeds goed en snel ingespeeld kan worden op mogelijke oplevingen. De gesprekken over de invulling van deze afbouw, en later eventuele opschaling, worden op dit moment gevoerd.

Innovatie: serologie

Naar aanleiding van een motie van lid Pouw Verweij¹² zijn gesprekken gevoerd met experts over de uitwerking en uitvoering van serologie voor een herstelbewijs. Op dit moment is het nog onduidelijk hoe de opgebouwde immuniteit tegen de ene variant beschermt tegen de andere (volgende) variant. Er is nog te veel onbekend over de precieze werking, het verloop en de voorspellende waarde van de antistoffenniveaus. Het is daarom nog steeds niet mogelijk om serologische testen in te zetten voor een herstelbewijs. Met deze toelichting is de toezegging aan het lid Pouw-Verweij (JA21) tijdens het debat van 15 december 2021 afgedaan.

Aan de hand van verschillende serologische studies kunnen de komende maanden mogelijk wel verdere inzichten worden opgedaan die we mee kunnen nemen in toekomstige besluitvorming- bijvoorbeeld als het gaat om opgebouwde immuniteit op populatieniveau. Hierover zijn wij in gesprek met experts op dit gebied. Ook zetten we in op het beter zichtbaar maken van serologische immuniteitsdata, voor zowel publiek als beleidsdoeleinden.

5. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en zelftesten

Vanaf het begin van de pandemie kunnen mantelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg via de apotheken zogenoemde PBM-pakketten krijgen. Later zijn daar ook de preventieve pakketten en zelftesten voor kwetsbare mensen in langdurige thuisisolatie aan toegevoegd. Met deze regeling kunnen mensen zichzelf

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1436.

en daarmee ook hun naasten beschermen tegen besmetting. Deze regeling verleng ik totdat duidelijk is hoe bescherming van deze groepen op langere termijn eruit moet zien. Ik ben in gesprek met de Gezondheidsraad over een adviesaanvraag op dat terrein. Naast de verlenging is ook de samenstelling van de pakketten aangepast, zodat deze beter aansluit op de vraag en behoefte van de mensen die een beroep kunnen doen op de pakketten en beter aansluit op het beleid ten aanzien van testen. Omdat met de zelftesten de uitslag direct duidelijk is, zijn de kortetermijnpakketten (de pakketten met voldoende beschermingsmiddelen voor de dagen tussen de test en de testuitslag) overbodig geworden en komen deze te vervallen. De langetermijnpakketten met beschermingsmiddelen, ter bescherming van de zorgverlener gedurende een besmetting, en de preventieve pakketten blijven bestaan. Aan deze pakketten zijn ook FFP2-maskers toegevoegd. Met deze aanpassingen geef ik invulling aan de motie van lid Westerveld¹³ over verlenging van de regeling persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor kwetsbaren en aan de motie van het lid Van den Berg c.s.¹⁴, waarin onder meer gevraagd wordt om te onderzoeken of FFP2-maskers beschikbaar gesteld kunnen worden voor kwetsbaren.

6. Innovatieve COVID-behandelingen

Naast de reeds ingekochte geneesmiddelen voor COVID-19, komen er ook nieuwe behandelingen beschikbaar. Eind juni 2022 is een levering van het middel Evusheld ontvangen, die in de loop van deze week beschikbaar zal zijn voor behandelaren en patiënten. Daarnaast zijn er nog steeds vorderingen in de Europese onderhandelingen voor het middel Paxlovid en ik verwacht dat dit middel, als de leverancier zich constructief opstelt, binnen afzienbare tijd beschikbaar zal komen. Ook voor het middel Lagevrio lopen nog steeds Europese onderhandelingen, maar dit middel zal ik ongeacht de snelheid van deze procedure pas beschikbaar stellen als het een handelsvergunning heeft verkregen.

Ik begrijp dat het vragen oproept dat enkele geneesmiddelen in andere landen soms eerder beschikbaar zijn dan in Nederland. Laat ik vooropstellen dat ieder land zijn eigen afweging maakt bij de keuze om een geneesmiddel in te kopen. Ik heb geen inzicht in de afspraken van andere landen met farmaceutische bedrijven en kan dan ook niet zeggen onder welke voorwaarden zij deze middelen hebben ingekocht. Een eerste harde voorwaarde is voor mij een handelsvergunning. Daarnaast koop ik COVID-geneesmiddelen alleen centraal in als dit plaatsvindt onder acceptabele voorwaarden rondom bijvoorbeeld prijs, houdbaarheid, aansprakelijkheid en leveringsmoment. Fabrikanten van nieuwe geneesmiddelen hebben te allen tijde de snelle beschikbaarheid van hun geneesmiddelen voor Nederlandse patiënten in eigen hand door deze via de reguliere inkooproute, onder gangbare en vooral ook realistische voorwaarden aan te bieden. Ik spoor hen dan ook aan om zo snel mogelijk af te stappen van het enkel aanbieden van hun geneesmiddelen via centrale inkoop, en weer via deze reguliere route de markt op te gaan.

7. Rapport oversterfte CBS/RIVM

Het rapport «oversterfte en sterfte in 2020 en 2021» van het CBS en het RIVM¹⁵ verschaft meer duidelijkheid over de oversterfte tijdens de coronapandemie. Met de publicatie is uitvoering gegeven aan het tweede

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1851.

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1870.

¹⁵ Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2022/sterfte-en-oversterfte-in-2020-en-2021>.

deel van beantwoording van de motie van het lid Omtzigt.¹⁶ Ik wil graag alle betrokken onderzoekers en de leden van de klankbordgroep van ZonMw¹⁷ bedanken voor hun bijdrage aan dit rapport en het vinden van een goede balans tussen snelheid in uitvoering en inhoudelijke kwaliteit van dit onderzoek. Ik ben ervan overtuigd dat dit onderzoek een belangrijke bijdrage levert aan zowel de wetenschappelijke kennis rondom COVID-19-gerelateerde sterfte en oversterfte als de beleidsevaluatie van de bestrijding van de COVID-19-epidemie.

Het onderzoek geeft een beeld van de impact van de COVID-19-epidemie en het vaccinatieprogramma op sterfte in de Nederlandse bevolking. Het toont dat de periode van hogere sterfte als gevolg van COVID-19 samenviel met de periode van oversterfte in 2020 en 2021. Hiernaast blijkt uit het rapport dat na COVID-19-vaccinatie het risico op overlijden veel kleiner was. Een onderzoek kan echter niet alle vragen beantwoorden. Daarom zal ik mij blijven inzetten voor meer kennis over de oorzaken en redenen van oversterfte als gevolg van de COVID-19-epidemie. De aanbevelingen van het CBS en het RIVM met betrekking tot de knelpunten rondom datakoppelingen en de doodsoorzakenregistraties neem ik ter harte. Daarnaast zal in Traject 3 van de uitvoering van de motie, zoals aangekondigd, via ZonMw subsidie beschikbaar worden gesteld voor vervolgonderzoek naar de redenen en oorzaken van oversterfte.

Aanleiding

Op 23 juni jl. is het verdiepend onderzoek van het CBS en het RIVM naar redenen en oorzaken van oversterfte in 2020 en 2021 gepubliceerd.¹⁸ Ik heb opdracht gegeven tot uitvoering hiertoe naar aanleiding van de op 2 december jl. in uw Kamer aangenomen motie van het lid Omtzigt, die de regering verzoekt om academisch onderzoek uit te voeren naar de redenen en oorzaken van oversterfte van de begin van de pandemie in 2020 tot en met november 2021.¹⁹ De opdracht is tot stand gekomen na toezeggingen die ik heb gedaan in de Stand van zakenbrief van 14 januari jl.²⁰, de resultaten van de het eerste onderzoekstraject van het CBS²¹ en de Stand van zakenbrief van 15 februari jl.²²

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

¹⁷ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/onderzoek-naar-corona-en-covid-19/oversterfte/>.

¹⁸ Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2022/sterfte-en-oversterfte-in-2020-en-2021>.

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1717.

²¹ Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021>.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 1775.

De gehele uitvoering van de motie heeft, zoals in de Stand van zakenbrief van 15 februari jl. benoemd, vorm gekregen door middel van drie onderzoekstrajecten (zie tabel hieronder).

Tabel 1: Overzicht van onderzoekstrajecten

	Kern onderzoek	Wat wordt opgeleverd wanneer	Opdracht aan ZonMw om te organiseren:
Traject 1: Beschikbare cijfers CBS	Een zo compleet mogelijk beeld geven van de doodsoorzaken 2021 o.b.v. beschikbare data (voornamelijk observationele data; waar nodig gemodelleerd)	Publicatie onderzoeksbevindingen in achtergrondartikel door het CBS (reeds gepubliceerd)	Klankbordgroep ¹ : adviseert over scope, aanpak, resultaten en duiding Traject 1, en denkt mee en adviseert over plan van aanpak Traject 2
Traject 2: Verdiepend onderzoek CBS en RIVM	Verdiepend onderzoek op basis van registerdata en (medische) dossiers naar hypothesen o.b.v. completere data	Onderzoeksrapport + advies hoe registratie te versnellen (23 juni jl. gepubliceerd)	Klankbordgroep: adviseert over aanpak, analyse en duiding
Traject 3: Academici	Gesubsidieerd academisch onderzoek onder leiding van ZonMw met toegang tot zoveel mogelijk relevante data via CBS infrastructuur	Traject ZonMw (de eerste uitkomsten worden verwacht in de eerste helft van 2023)	Begeleidingscommissie stelt onderzoeksagenda op en selecteert onderzoeken

¹ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/onderzoek-naar-corona-en-covid-19/oversterfte/>.

Het rapport

Het onderzoeksrapport van het RIVM en het CBS gaat in op de beantwoording van de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe is de waargenomen verdeling van doodsoorzaken (in hoofdgroepen) in het vierde kwartaal van 2021 in vergelijking met de trendmatige verwachte sterfte per doodsoorzaak (hoofdgroep) voor die periode?
2. In hoeverre kan de oversterfte in het vierde kwartaal van 2021 worden toegeschreven aan COVID-19 als doodsoorzaak?
3. Wat is de vaccineffectiviteit tegen overlijden van de COVID-19 basisserie en van de boostvaccinatie?
4. In hoeverre droeg vaccinatie bij aan de totale sterfte in 2021?

In 2020 en 2021 overleden in totaal 340.000 mensen en gedurende de COVID-19-epidemie zijn er drie golven van oversterfte in 2020 en 2021:

- eerste oversterftegolf: week 13 tot en met 18 van 2020 (eind maart-eind april 2020);
- tweede oversterftegolf: week 39 van 2020 tot en met week 3 van 2021 (eind september 2020-januari 2021);
- derde oversterftegolf: week 33 tot en met week 52 van 2021 (medio augustus 2021-eind december 2021).

Tijdens de eerste golf kwam het aantal geregistreerde sterftes ten gevolge van COVID-19 overeen met de geconstateerde oversterfte. In de tweede golf was de oversterfte lager dan het aantal sterfgevallen als gevolg van COVID-19. In de derde golf was sprake van het tegenovergestelde. Dit was vooral zichtbaar bij de leeftijdsgroep 65- tot 80-jarigen. Mogelijk droegen in deze periode andere doodsoorzaken bij aan de oversterfte.

Naast de onderliggende belangrijkste doodsoorzaak zijn andere oorzaken onderzocht. Er kan namelijk meer dan één oorzaak zijn voor overlijden. Gemiddeld werden bij overledenen aan COVID-19 2,5 doodsoorzaken (incl. COVID-19) vermeld. Bij 28% van de overledenen is echter alleen de onderliggende belangrijkste doodsoorzaak COVID-19 gemeld. Personen die aan COVID-19 overleden, leden vaker aan dementie, COPD, astma, diabetes mellitus en obesitas dan mensen die aan andere doodsoorzaken zijn overleden.

De mate van bescherming van vaccins tegen sterfte was in de eerste twee maanden in alle leeftijdsgroepen meer dan 90%. In de periode daarna daalde de effectiviteit licht. Zeven tot acht maanden na het afronden van de basisserie was de bescherming tegen sterfte als gevolg van COVID-19 ongeveer 80%. Voor de groepen 90-plussers en 70-plussers met een hoog zorgprofiel daalde de effectiviteit in dezelfde periode sneller, tot ongeveer 60%. Na de boostervaccinatie was de bescherming tegen sterfte als gevolg van COVID-19 in alle groepen weer gestegen naar ongeveer 85%.

Om te bepalen of vaccinatie kan hebben bijgedragen aan oversterfte door dodelijke gevolgen van bijwerkingen, is het risico op overlijden kort na het toedienen van een COVID-19 vaccin onderzocht. De resultaten laten een verlaagd risico op overlijden zien in de weken na ontvangst van een vaccindosis ten opzichte van het risico op overlijden zonder deze vaccindosis. De onderzoekers geven aan dat het resultaat voorzichtig geïnterpreteerd dient te worden.

Ook is, met beperkt succes, onderzoek uitgevoerd naar vaccinatie als doodsoorzaak in 2021. Tijdens het onderzoek is geconstateerd dat de doodsoorzakenstatistiek niet bedoeld is voor de registratie van bijwerkingen van geneesmiddelen of vaccinaties. Duiding moet daarom met voorzichtigheid gebeuren.

Op 162 doodsoorzaakverklaringen is door artsen vermeld dat een vaccinatie tegen COVID-19 mogelijk aan het overlijden heeft bijgedragen. In 11 gevallen, waarbij er geen sprake was van onderliggend lijden, werd door artsen op de doodsoorzaakverklaring vermeld dat vaccinatie tegen COVID-19 mogelijk het startpunt van de causale keten zou kunnen zijn. Bijwerkingencentrum Lareb ontving deze meldingen ook, maar in de regel met meer achtergrondinformatie. Lareb onderzoekt deze meldingen momenteel.

Vervolg

Ik heb opdracht gegeven voor een onderzoeksprogramma onder begeleiding van ZonMw, waarin academici worden gestimuleerd om de oorzaken van oversterfte nog diepgaander te onderzoeken, om een vollediger beeld te geven van de redenen en oorzaken van oversterfte in 2020 en 2021, wat Traject 3 van de uitvoering van de motie Omtzigt is. De begeleidingscommissie hiervan is ingesteld en naar verwachting de «call for proposals» in de zomer gepubliceerd. Hierin laat ik mij ook graag informeren over uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar oversterfte in het buitenland. Een internationaal literatuuronderzoek naar oversterfte in verschillende landen is daarom ook onderdeel van Traject 3.

Het onderzoeksrapport maakt melding van beperkingen in de beschikbaarheid van onderzoeksdata. Ik doe er – binnen de juridische kaders – alles aan om partijen die over COVID-19-data beschikken, te stimuleren en te faciliteren om deze data toegankelijk te maken voor wetenschappelijk onderzoek door derden. Ook ben ik bezig om, in overleg met de

bronhouders, te onderzoeken waar de grondslagen voor het delen van data verduidelijkt moeten worden in de wet- en regelgeving.

Ik zal met het CBS in overleg treden om de in het rapport genoemde optimalisatieslagen van het doodsoorzakenregister te verkennen. Tijdens deze gesprekken zal ik rekening houden met ontwikkelingen zoals het Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). Ik ben van mening dat het ook wenselijk is om de ervaringen van de wetenschappers die onderzoek doen in de nabije toekomst, zoals tijdens Traject 3, mee te nemen in de gesprekken met het CBS.

8. Post-COVID

In het commissiedebat van 16 juni jl. heb ik toegezegd mij in te zetten voor expertisecentra voor post-COVID. Hiervoor heb ik overleg gevoerd met C-support, de organisatie die mensen met langdurige coronaklachten adviseert en ondersteunt. De nadruk lag hierbij op de bundeling van kennis en ervaring met betrekking tot post-COVID. C-support zal dit nader uitwerken en mogelijke alternatieven in kaart brengen. Uw Kamer wordt hier na het zomerreces verder over te kunnen informeren.

Daarnaast heb ik kennisgenomen van de maatschappelijke en politieke aandacht voor aanvullend (biomedisch en therapiegericht) wetenschappelijk onderzoek naar post-COVID. Hierover ga ik in gesprek met ZonMw, de organisatie die middels financiering van het Ministerie van VWS wetenschappelijke onderzoek naar post-COVID mogelijk maakt. Samen met ZonMw verken ik de mogelijkheden om eventueel nieuwe ronde(s) voor subsidieaanvragen te initiëren en in welke frequentie deze subsidierondes kunnen worden opengesteld. Tevens verken ik onder meer met ZonMw of de lopende onderzoeken naar post-COVID goed aansluiten bij de wensen voor wetenschappelijk onderzoek uit het veld.

Tot slot doet het UWV in samenwerking met het Zuyderland ziekenhuis wetenschappelijk onderzoek naar de terugkeer in het arbeidsproces dan wel de arbeidsongeschiktheid van COVID-patiënten. Deze patiënten zijn opgenomen geweest op de IC- of MC-afdelingen van ziekenhuizen in Nederland. Op dit moment worden de mogelijkheden verkend tot opdrachtverlening aan Stichting NICE voor het delen van data met betrekking tot deze IC- en MC-opnames van voormalig COVID-patiënten aan het UWV. De uitkomst van deze verkenning stelt het UWV in staat beter te anticiperen op de instroom van deze patiëntenpopulatie binnen de re-integratie- en arbeidsongeschiktheidstrajecten.

9. Wijzigingsregeling COZO 2021 en bonusregeling

De subsidie die zorgaanbieders hebben ontvangen op grond van de Subsidieregeling Coronabanen in de Zorg (hierna: COZO 2021) en/of de Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling) moet worden verantwoord in 2022 of 2023 (deel bonusregeling). Verantwoording is belangrijk, omdat daarmee wordt getoetst of het geld van de subsidieregeling ook daar terecht is gekomen waarvoor het is bedoeld. Op respectievelijk 20 juni en 27 juni jl. is met de wijzigingsregelingen gepubliceerd hoe de verantwoording moet worden vormgegeven voor subsidies vanaf € 125.000.

Bonusregeling

Over de wijze van verantwoording van de bonusregeling heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport u reeds geïnformeerd in mijn brief van 1 april jl.²³ Er is een balans gezocht tussen voldoende informatie voor een oordeel over de juiste besteding en een beperkte administratieve last. Dat betekent dat de zorgaanbieder zich verantwoordt via een bijlage in de jaarverslaggeving van de instelling. De controlerend accountant gaat na of de bijlage met de jaarrekening verenigbaar is en geen materiële afwijkingen bevat (zogenaamde verklaring COS 720). De Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (hierna: DUS-i) en de huisaccountants van de zorgbieders werken samen bij een steekproef, waarmee meer inzicht wordt verkregen in de juistheid van de verantwoording. DUS-i stelt na afronding van de steekproef het subsidiebedrag vast.

Coronabatenregeling

De wijze van verantwoording van 2021 vindt plaats in 2022. Zorgaanbieders verantwoorden zich aan de hand van een financieel verslag, opgenomen in de jaarverslaggeving of een separaat financieel verslag waarin de zorgaanbieder rekening en verantwoording aflegt over de ontvangen subsidie. Het accountantsprotocol daarvoor nadert afronding en zal binnen afzienbare termijn worden gepubliceerd. DUS-i stelt het subsidiebedrag vast.

10. Subsidieregeling COZO 2022

Op 2 februari jl.²⁴ heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport u geïnformeerd over de signalen die zij in januari 2022 ontving van het Openbaar Ministerie (OM) en de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) inzake mogelijk misbruik danwel oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg 2021 (COZO2021). De Minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft de verlenging van deze regeling voor 2022 opgeschort. Met haar brief van 20 april 2022²⁵ heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport u bericht dat met toevoeging van een set extra beheersmaatregelen aan de subsidieregeling, zij het opnieuw opstarten van de COZO2022 verantwoord acht. Daarmee is gestart met het verder uitwerken van COZO 2022, met een streven om de regeling eind juni 2022 te publiceren in de Staatscourant.

Bij de uitwerking van de regeling is geconstateerd dat het verwerken van de extra beheersmaatregelen in de regeling meer tijd kost. Dat betekent dat publicatie van de regeling na de zomer zal plaatsvinden. Het streven is om de regeling in september 2022 te publiceren in de Staatscourant en vervolgens het loket om subsidie aan te vragen, te openen. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport informeert het zorgveld over dit besluit via de website van DUS-I (www.dus-i.nl/cozo). Daarnaast ontvangen alle aanvragers van de regeling COZO2021 individueel bericht.

11. Dienstverleningsstrategie

In de Kamerbrief van 1 april jl.²⁶ is aangekondigd dat vanuit LCCB, RIVM, VWS en partijen in de samenleving zal worden gewerkt aan een overkoepelende corona dienstverleningstrategie. Dit zodat beleid en uitvoering goed aansluiten op verwachtingen en behoeften van Nederlanders.

²³ Kamerstuk 29 282, nr. 457.

²⁴ Kamerstukken II, 2021/22, 28 828, nr. 130.

²⁵ Kamerstukken II, 2021/22, 29 282, nr. 460.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

Een eerste uitwerking van deze dienstverleningstrategie is terug te vinden in het »zelfzorgadvies«. Uit onderzoek blijkt dat mensen soms in verwarring raakten door de veelheid aan informatie over corona die op verschillende websites werd aangeboden. Bij een centraal platform, dat een gezamenlijk inspanning van VWS, RIVM en GGD vraagt, kunnen mensen onder andere terecht voor vragen over vaccineren, testen, en isolatie. Eén platform waar meerdere coronadiensten samenkomen moet duidelijkheid scheppen in de adviezen die rond corona worden gegeven en kan helpen aan de wensen en verwachtingen van Nederlanders tegemoet te komen. Voor 9 juli 2022 komt er een pilotversie van dit platform online te staan. Gedurende de zomer en het najaar zullen vervolgens verbeteringen en uitbreidingen doorgevoerd worden.

Voor de langere termijn wordt voor coronadienstverlening een afwegingskader opgesteld om de dienstverlening rond corona te toetsen op eenvoud en het meenemen van de behoeften. Dit toetsingskader zal in het najaar worden gebruikt om de dienstverlening te evalueren.

12. Digitale ondersteuning

Update toezegging toekomstige inzet CoronaMelder in combinatie met zelftesten

Tijdens het commissiedebat van 19 april jl. over de ontwikkelingen rondom het coronavirus heb ik aan lid Tielen (VVD) toegezegd te onderzoeken of het mogelijk is CoronaMelder op een later moment te herintroduceren in combinatie met zelftesten. Om aan deze toezegging invulling te geven heb ik de Taskforces DOBC & Gedragswetenschappen gevraagd mij te adviseren over of de herintroductie van CoronaMelder in combinatie met de webapplicatie zelftestmelden.nl bij een opleving van het coronavirus zinvol en proportioneel is. Dit advies heb ik op 22 juni jl. van de Taskforces ontvangen en stuur ik u als bijlage bij deze Kamerbrief toe.

De Taskforces geven aan dat – uitgaande van de bestaande beleidsvoornemens ten aanzien van (zelf)testen en quarantaine – de inzet van CoronaMelder in combinatie met zelftesten slechts zal leiden tot een kleine afname van de R (verwachting op basis van realistisch gebruik en opvolging: tussen de 0,5–1,5%). De Taskforces ontraden daarom CoronaMelder in combinatie met zelftesten te introduceren, omdat dit niet zinvol en proportioneel is gezien de investeringen die nodig zijn voor de doorontwikkeling en (her)introductie. In navolging hierop zal ik CoronaMelder daarom niet zodanig doorontwikkelen dat de app in combinatie met zelftestmelden.nl gebruikt kan worden. Zoals eerder aangegeven in mijn brief van 19 april jl. – waarin ik heb aangekondigd CoronaMelder tijdelijk stop te zetten – wil ik wel de mogelijkheid behouden de bestaande CoronaMelder-app bij een grote uitbraak met een ziekmakendere variant weer aan te zetten. Op 3 juni jl. is daarom het ontwerpbesluit tot verlenging van de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 tot 10 oktober 2022 voorgehangen.²⁷

De Taskforces geven daarnaast aan dat het wel een mogelijkheid is om zelftestmelden.nl individueel te introduceren, maar dat de effectiviteit hiervan beperkt kan zijn door meerdere factoren. Ik zal deze zomer de tijd nemen om het nut en de proportionaliteit van de webapplicatie zelftestmelden.nl te overwegen.

²⁷ Kamerstuk 35 538, nr. 28.

Terugkoppeling verkenning mogelijkheid tot vrijwillig intrekken CTB (motie Den Haan)

Naar aanleiding van mijn reactie van 21 december jl. op motie Den Haan c.s.²⁸ – waarin wordt verzocht om het coronatoegangsbewijs (CTB) van mensen die gevaccineerd zijn en vervolgens corona krijgen in Corona-Check automatisch inactief te maken voor de periode dat zij in isolatie moeten²⁹ – heb ik zoals toegezegd een alternatief verkend waarbij burgers zelf en vrijwillig hun CTB tijdelijk kunnen intrekken door via DigiD hun positieve testuitslag in te laden in de app. De Nederlandse QR-code wordt dan na de herstelperiode pas weer geldig. Deze optie kan – tegen de hoge eisen die worden gesteld aan onder meer gegevensbescherming – geïmplementeerd worden, maar biedt toch een beperkte meerwaarde. Uiteindelijk doel is immers zelfisolatie bij een positieve testuitslag. Iemand die gebruik maakt van het vrijwillig deactiveren van het CTB, zal naar verwachting ook zonder een «rood vinkje» in zelfisolatie gaan. Bovendien kunnen via deze route alleen digitale bewijzen tijdelijk worden ingetrokken. Ik zie daarom geen nut en noodzaak om deze aanpassing in CoronaCheck op dit moment te implementeren.

Kwetsbaarheden Analyse Tool (KAT) is open source beschikbaar

Op 24 november jl. heeft uw vaste commissie Digitale Zaken – naar aanleiding van het artikel van Computable.nl «VWS werkt aan supertool voor analyse kwetsbaarheden» – verzocht om een kabinetsreactie. Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer op 23 december 2021 vervolgens nader geïnformeerd over de Kwetsbaarheden Analyse Tool (KAT³⁰). KAT is een open source analysetool die door iedereen kan worden ingezet en uitgebreid. Dit instrument is gerealiseerd in tijden van crisis, waarin de noodzaak hoog was om snel en betrouwbaar de voor de bestrijding van de pandemie ontwikkelde digitale hulpmiddelen, zoals CoronaCheck en CoronaMelder, op het juiste beveiligingsniveau te brengen en te houden.

Sinds december 2021 is samen met een brede community binnen de rijksoverheid maar ook daarbuiten, zoals met decentrale overheden en andere enthousiastelingen, gewerkt aan het optimaliseren en verder uitbreiden van KAT. Ik ben verheugd u te schrijven dat KAT vanaf 1 juli 2022 open source beschikbaar en door iedereen die dat wenst te gebruiken is, zoals in bovengenoemde brief toegezegd. Ik nodig organisaties verder uit om KAT ook zelf toe te passen, zodat mede hierdoor een beweging op gang wordt gebracht bij een grotere community van bedrijven, (semi-)overheden en experts op het gebied van security en compliance. Meer informatie over en download-opties voor KAT zijn beschikbaar op hun website.³¹

13. Producten Nederlandse School voor Openbaar Bestuur 2^e fase coronacrisis

In het voorjaar van 2020 heeft het Ministerie van VWS de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) gevraagd een aantal producten rondom de COVID-19-crisis te maken voor de periode van januari 2020 t/m juli 2020. Deze producten zijn opgeleverd en reeds met u in de Stand van

²⁸ Kamerstuk 25 294, nr. 1704.

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1540.

³⁰ KAT is een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in samenwerking met Z-Cert, het Computer Emergency Response Team voor de zorg. Z-Cert helpt mee aan de ontwikkeling in het zorgveld. KAT ondersteunt Z-Cert met de juiste contextuele informatie.

³¹ Zie: <https://openkat.nl>.

zakenbrief COVID-19 van 15 februari jl. gedeeld.³² De NSOB heeft op verzoek van het Ministerie van VWS deze producten ook voor de periode augustus 2020 t/m juni 2021 opgesteld.

Graag wil ik u mede namens de Minister voor Langdurige Zorg en Sport bij deze, zoals toegezegd in de hiervoor genoemde brief, het essay «Het einde voorbij: werken in een wijkend perspectief», de algemene tijdlijn (augustus 2020 t/m februari 2021) en de verhalenbundel «Het einde voorbij – verhalen van binnenuit» ter kennisneming aanbieden. Ondanks dat de producten verspreid in de tijd door het NSOB zijn opgeleverd, is er vanwege de onderlinge samenhang na oplevering van het laatste product voor gekozen om net als de vorige keer de producten gelijktijdig aan te bieden. Hieronder volgt een korte toelichting per product.

Essay «Het einde voorbij: werken in een wijkend perspectief»

In het essay «Het einde voorbij: werken in een wijkend perspectief» reflecteren de onderzoekers van de NSOB op de aanpak van de coronacrisis door het Ministerie van VWS, in de periode van augustus 2020 tot en met juni 2021. Dit opvolgende essay heeft als doel om te schetsen wat een *verlengde crisis*, met een steeds weer *wijkend perspectief*, betekent voor de concrete crisisaanpak. Hoe ging het ministerie om met de crisis die steeds van karakter veranderde en in nieuwe gedaante zich weer opnieuw aandiende, in plaats van dat het wijkend perspectief aan de horizon langzaam dichterbij kwam? En dat in een omgeving waarin grote behoefte was aan nieuw perspectief, aan «*closure*» en aan een einde van de crisis. Met steeds meer normalisering en politisering van de manier waarop de buitenwereld naar het beleid, de sturing en de organisatie van de crisisaanpak keek. De onderzoekers brengen in kaart wat er feitelijk is gebeurd en hoe medewerkers dit hebben beleefd en hierop terugkijken. Daarbij bekijken zij vanuit verschillende perspectieven naar het handelen van de medewerkers van het kerndepartement van het Ministerie van VWS met als doel om deze bijzondere periode vast te leggen, zodat het ministerie er lessen uit kan trekken.

Algemene tijdlijn

In deze gedetailleerde en per dag beschreven feitenreconstructie beschrijven de onderzoekers van de NSOB hoe het Ministerie van VWS de coronacrisis heeft aangepakt in de maanden augustus 2020 tot en met februari 2021. Deze feitenreconstructie is gebaseerd op openbare bronnen, zoals Kamerbrieven en interne documenten, zoals overlegverslagen.

Verhalenbundel «Het einde voorbij – Verhalen van binnenuit»

Tot slot heeft de NSOB de verhalenbundel «Het einde voorbij- Verhalen van binnenuit» samengesteld. Deze verhalenbundel beschrijft ervaringen van individuele VWS-medewerkers en lessen die zijn opgedaan tijdens de tweede fase van de coronacrisis. Deze bundel met verhalen over ervaringen vanuit het interne ambtelijke perspectief is samengesteld op basis van gesprekken met medewerkers van het Ministerie van VWS. De gesprekken zijn gevoerd door de onderzoekers van de NSOB, als basis voor reflectie ten behoeve van betekenisgeving aan ervaringen van medewerkers van het Ministerie van VWS. De verhalenbundel dient niet alleen ter betekenisgeving voor de betreffende medewerkers maar zet ook

³² Kamerstuk 25 29 295, nr. 1775.

andere medewerkers van VWS aan tot reflectie ten aanzien van de eigen situatie. Zo wordt de lerende cultuur binnen het ministerie bevorderd.

Het persoonlijke karakter van de verhalen in de verhalenbundel maakt het noodzakelijk, vanuit het oogpunt van vertrouwelijkheid en respect naar de betrokken medewerkers, slechts de slotbeschouwing uit deze verhalenbundel aan u aan te bieden. De geanonimiseerde verhalen zijn namelijk van dermate persoonlijke aard en detail dat deze tot de betreffende persoon te herleiden zijn. De doelstelling van de verhalenbundel is nimmer verantwoording naar buiten geweest.

14. «Stilstaan bij corona»-moment

Het nationaal moment stilstaan bij corona, met lokale activiteiten en fysieke ontmoetingen, was voorzien voor september 2022. Momenteel loopt het aantal coronabesmettingen op. Het is op dit moment niet uit te sluiten dat het aantal besmettingen in september hoger is dan we de afgelopen maanden hebben gezien. Het laten plaatsvinden van het «stilstaan bij corona»-moment tijdens oplopende besmettingen kan – onbedoeld – het signaal afgeven dat de periode met corona afgesloten is. Kortom: het is niet passend om op dit moment, nu we in een nieuwe golf lijken te zitten, de voorbereiding van de activiteiten voort te zetten. Het kabinet heeft daarom besloten om het «stilstaan bij corona»-moment in september niet door te laten gaan. Het kabinet is nog in beraad of en hoe er op een ander moment zal worden stilgestaan bij corona. Het comité wordt in de tussentijd gevraagd zijn werkzaamheden op te schorten.

15. Overige moties en toezeggingen

De motie van het lid Paternotte c.s. om het mogelijk te maken om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten

Naar aanleiding van de motie van het lid Paternotte c.s., die het kabinet verzoekt om een test bij aankomst in bijzondere gevallen te verplichten³³, heeft het kabinet de mogelijkheden verkend om inkomende reizigers te verplichten tot het ondergaan van een coronatest bij aankomst in Nederland. Deze motie is ingediend in een andere epidemiologische situatie dan waarin wij ons allen vandaag bevinden. In een situatie waarin elders ter wereld een zorgwekkende variant van het coronavirus gedetecteerd is, is het kabinet voornemens een maatregelenpakket in te stellen om de introductie van deze variant te remmen. Dit pakket kan bestaan uit een aangescherpt inreisverbod, een testverplichting voor vertrek en een quarantaineplicht bij aankomst in Nederland. De wettelijke grondslag voor het nemen van deze maatregelen wordt geregeld in de eerste tranche van de wijziging van de Wet publieke gezondheid.

Door van alle passagiers voorafgaand aan hun reis een negatief testbewijs te vragen, wordt het risico op besmetting tijdens de vlucht verkleind. Een extra test bij aankomst heeft naar mening van het kabinet dan ook geen toegevoegde waarde ten opzichte van een test voorafgaand aan de vlucht. Een testverplichting bij aankomst maakt daarom geen deel uit van de eerste tranche van de wijziging van de Wpg. Hiermee beschouw ik de motie als afgedaan.

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 1566.

De motie van de leden Grinwis en Boswijk om in samenwerking met de waterschappen en het RIVM tot een ethisch kader te komen inzake het verkrijgen, beheren en gebruiken van data uit rioolwateronderzoek

In de motie van 22 november 2021 verzoeken de leden Grinwis en Boswijk om in samenwerking met de waterschappen en het RIVM tot een ethisch kader te komen inzake het verkrijgen, beheren en gebruiken van data uit rioolwateronderzoek.³⁴ In 2020 is de Nationale Rioolwatersurveillance (NRS) opgestart om SARS-CoV-2 te meten in rioolwater. De NRS is een samenwerking tussen het Ministerie van VWS, het RIVM, de Unie van Waterschappen en de waterschappen. Inmiddels worden er per week vier monsters per rioolwaterzuiveringsinstallatie (RWZI) onderzocht op SARS-CoV-2. De gegevens zijn via het Coronadashboard op rijksoverheid.nl te zien. Er zijn in totaal 313 RWZI's in Nederland, waarbij de kleinste RWZI het rioolwater uit ongeveer 1000 huishoudens verwerkt. Dit is niet te herleiden tot één persoon of huishouden. Dit betekent dat er in de NRS niet op perceelsniveau bemonsterd wordt en het ook niet tot dat niveau herleidbaar is.

De infrastructuur die is opgezet om SARS-CoV-2 te meten, kan mogelijk ingezet worden voor andere parameters dan SARS-CoV-2: de verbreding. Er kan dan bijvoorbeeld worden gedacht aan andere infectieziekten. In 2022–2023 zal het RIVM in samenwerking met de (Unie van) waterschappen één of meerdere pilots hiertoe uitvoeren. Om ook de ethische aspecten van een dergelijke verbreding te kunnen identificeren en wegen, is er in 2021 een ethische verkenning uitgevoerd door de drie samenwerkingspartijen: RIVM, het Ministerie van VWS en de Unie van Waterschappen. Een essay over de ethische dilemma's bij «Big Brown Data», geschreven in opdracht van Stichting Toegepast Onderzoek Waterbeheer (STOWA), bood hierbij aanknopingspunten. De verkenning heeft een ethisch kader opgeleverd, dat in verschillende pilots getoetst en verbeterd zal worden. Bij elke nieuwe potentiële parameter zal een toetsing plaats vinden aan de hand van dit kader. Ik verwijs u voor het essay en het ethisch kader graag naar de website van het RIVM.³⁵

De motie van het lid Van der Staaij c.s. over het expertteam Covidzorg

In de lange termijnbrief aan uw Kamer van 13 juni jl. heeft het kabinet reeds inhoudelijk gereageerd op het advies van het expertteam Covidzorg in ziekenhuizen. In lijn met de motie van het lid van der Staaij, die de regering verzoekt om de Kamer uiterlijk vóór het zomerreces te informeren over haar reactie op het advies en niet te schromen om, indien het advies daartoe aanleiding geeft, opdrachten te geven over de inrichting van de zorgketen en de concentratie van (covid)zorg, werk ik, in lijn met de beleidsreactie, samen met het veld hard aan de implementatie van het advies van het expertteam.

Zo heb ik op 30 juni jl. het LNAZ en de ROAZ-voorzitters verzocht om implementatie van de modules met voorrang in hun regio te bevorderen, te ondersteunen en te monitoren. Daarbij heb ik het LNAZ ook verzocht om deze zomer een actualisering van het opschalingsplan aan te leveren. En te bevorderen dat alle ziekenhuizen in alle ROAZ-regio's zijn aangesloten op het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). In ieder geval voor zover het betreft het inzicht in beschikbare IC-bedden, klinische bedden voor COVID en de drukte op de SEH.

³⁴ Kamerstuk 35 925 XII, nr. 66.

³⁵ Zie: <https://www.rivm.nl/rioolwateronderzoek>.

Ook ben ik inmiddels gesprekken gestart met partijen om heldere afspraken te maken over de financiering van de instandhouding van de IC-opstapeling en beschikbaarheid in 2023. Daarvoor is het van belang om inzicht te hebben in de (bandbreedte van de) beschikbare zorgcapaciteit in het komende najaar op het gebied van IC, klinische ziekenhuisbedden, bedden buiten het ziekenhuis en thuismonitoring. Hiervoor is de actualisering van opstapelingsplan LNAZ van belang. Ik beschouw deze motie hiermee als afgedaan.

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