

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1690917-205388-GMT

Bijlagen
1

Uw brief
43964

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 30 juni 2020
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister voor Medische Zorg en Sport, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Klaver (GL), Ellemeet (GL) en Renkema (GL) over de berichten 'Verpleeghuizen wilden al vroeg testen maar werden geweigerd', 'Protocol voor contactonderzoek kent twee grote zwakke plekken' en 'Inval-minister Van Rijn kijkt terug: 'Bidden dat wat we doen, goed is'(2020Z08563).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Klaver (GL), Ellemeet (GL) en Renkema (GL) over de berichten 'Verpleeghuizen wilden al vroeg testen maar werden geweigerd', 'Protocol voor contactonderzoek kent twee grote zwakke plekken' en 'Inval-minister Van Rijn kijkt terug: 'Bidden dat wat we doen, goed is'. (2020Z08563)

1.

Bent u bekend met de berichtgeving dat zorgverleners van verpleeghuizen zich wekenlang niet konden laten testen op het COVID-19 virus tijdens de uitbraak? 1) 2)

Antwoord op vraag 1

Ja.

2.

Welke les trekt u uit het gegeven dat er voldoende testcapaciteit was, maar verpleeghuizen al dan niet vanwege de richtlijn, het personeel niet konden laten testen? Wat doet u met deze inzichten voor in de toekomst?

Antwoord op vraag 2

In het begin van de uitbraak was er geen centraal overzicht van de testcapaciteit en de beschikbaarheid van testmaterialen. De laboratoriumdiagnostiek is in Nederland decentraal georganiseerd. Dit overzicht is vanaf eind maart opgebouwd. Toen er meer zekerheid over de testcapaciteit was, adviseerde het OMT op 30 maart om het testbeleid uit te breiden en dit is vanaf 6 april gebeurd. Er is nu een Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten ingericht, dat de inzet van testcapaciteit en testmaterialen optimaliseert. Er is op dit moment geen aanleiding om aan te nemen dat een situatie van schaarste zich voor zal doen.

3.

Welke relatie ziet u tussen de tot op heden circa 8.500 ouderen in verpleeghuizen met een vermoedelijke COVID-19 infectie, de onderbenutte testcapaciteit onder zorgverleners in verpleeghuizen, het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen en de RIVM richtlijn van 20 maart dat geen bezoek meer is toegestaan?

Antwoord op vraag 3

Het OMT heeft aangegeven dat voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf, en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel en tussen bewoners onderling. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiënemaatregelen lastiger te handhaven zijn. Overigens is het geen RIVM richtlijn om geen bezoek toe te laten. Het was een kabinetsbesluit.

4.

Kunt u nader uiteenzetten wat wordt bedoeld met de uitspraak van de minister voor Medische Zorg van 12 mei: 'Waar ik een beetje moeite mee heb, is dat er een verband wordt gelegd tussen die beschermingsmiddelen en de piek van besmettingen in verpleeghuizen?' 2) Wat voor ongemak voelt u daarbij?

Antwoord op vraag 4

Vanwege bovenstaande redenen is het niet zomaar te stellen dat een gebrek aan beschermingsmiddelen een hoge piek van besmettingen in verpleeghuizen veroorzaakt. Het ongemak zit vooral in de suggestie dat een piek van besmettingen voorkomen had kunnen worden. De één-op-één conclusie is niet te trekken. Op de mogelijke oorzaken daarvan ben ik bij vraag 3 ingegaan.

5.

Hoeveel mensen zijn noodzakelijk om het klassieke arbeidsintensieve bron- en contactonderzoek komende tijd uit te voeren? Waar is deze prognose op gebaseerd? Wat is de huidige GGD-capaciteit voor bron- en contactonderzoek?

Antwoord op vraag 5

Hoeveel bron- en contactonderzoek (BCO) precies uitgevoerd moet kunnen worden, is onder meer afhankelijk van het aantal positieve testuitslagen. Op dit moment zijn er verschillende scenario's denkbaar. De GGD'en gaan in het opschalingsplan uit van de inzet van de maximale testcapaciteit (30.000 per dag) en 5% positieve testuitslagen. Dit betekent dat maximaal 1500 BCO per dag uitgevoerd moet kunnen worden.

De GGD'en geven aan dat een BCO gemiddeld acht uur in beslag neemt, inclusief de monitoring van geïdentificeerde contacten. Sommige BCO zullen uiteraard complexer zijn dan anderen. De GGD'en hebben op basis van deze gegevens berekend dat zij tot een maximum van 3200 FTE nodig hebben om 1500 BCO per dag uit te voeren. Op dit moment hebben de GGD'en 1200 FTE voor BCO regionaal beschikbaar en werken zij aan de verdere landelijke opschaling tot een maximum van 3200 FTE. De GGD'en zijn hiermee in staat om dagelijks de benodigde hoeveelheid BCO uit te voeren.

6.

Bent u ervan op de hoogte dat het Johns Hopkins Center for Health Security ervan uitgaat dat in de Verenigde Staten 100.000 contactonderzoekers nodig zijn? Hoeveel contactonderzoekers zijn, op basis van hetzelfde model, dan nodig in de Nederlandse context?

Antwoord op vraag 6

De bevolking van de Verenigde Staten is ongeveer twintig keer zo groot als de Nederlandse bevolking. Als je de hoeveelheid benodigde contactzoekers corrigeert naar de omvang van de Nederlandse bevolking, kom je ongeveer uit op 5000 benodigde contactonderzoekers. Daarnaast is het zo dat de situatie in Nederland niet zomaar te vergelijken is met die in de Verenigde Staten. Er is een grote afhankelijkheid van de hoeveelheid afgenomen tests en van de hoeveelheid positieve tests. In Nederland gaat het om een inschatting van 30.000 tests per dag en wordt uitgegaan van een bovengrens van 8% positieve testuitslagen. Daarmee lijkt het ingeschatte aantal van 3200 FTE voor BCO reëel.

7.

Waarom wijkt het Nederlandse protocol van het bron- en contactonderzoek af van het Europese protocol van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)? Bent u ervan op de hoogte dat het ECDC schrijft dat de overheid, na een bevestigde COVID-19 besmetting, over moet gaan tot "active follow-up of the contacts (e.g. daily phone calls, e-mails, text-messages)"? 3) Op basis van welke wetenschappelijke inzichten wordt hiervan afgeweken?

Antwoord op vraag 7

Anders dan in de ECDC richtlijn wordt in het Nederlands protocol voor bron- en contactonderzoek onderscheid gemaakt tussen huisgenoten en overige nauwe contacten. In de categorie huisgenoten vallen de contacten die in dezelfde woonomgeving leven en die langdurig op minder dan anderhalve meter afstand contact hadden met de indexpatiënt tijdens diens besmettelijke periode. Uit onderzoek blijkt dat binnen deze groep een grotere kans op overdracht van het virus bestaat dan in de groep nauwe contacten. Huisgenoten krijgen daarom een strikter advies om thuis in quarantaine te gaan. Het Nederlands protocol is in die zin dus strenger dan de richtlijn door ECDC.

Ik ben ervan op de hoogte dat de ECDC richtlijn voorschrijft dat de overheid, na een bevestigde COVID-19-besmetting, in contact blijft met de patiënt. De GGD'en maken daarom gebruik van een nazorgteam dat telefonisch contact onderhoudt met mensen die uit een BCO naar voren komen, met name personen waarvan zij inschatten dat een actieve opvolging is nagewezen. Op deze manier houden de GGD'en actief zicht op de naleving van de gemaakte afspraken en blijven ze op de hoogte van relevante ontwikkelingen met betrekking tot ziekteverschijnselen.

8.

Kunt u specificeren hoeveel persoonlijke beschermingsmaterialen er nodig zijn in alle zorgsectoren, dus inclusief de verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg, maatschappelijke opvang, jeugdzorg, et cetera?

Antwoord op vraag 8

In eerste instantie is door het LCH gewerkt met een prognose model om de vraag in te schatten. Inmiddels kan het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) feitelijk inzicht geven in de aanvullende vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen die zij binnen krijgen in de ingerichte bestelportals. Deze kennis gebruikt het LCH om de gemiddelde verwachte vraag naar deze artikelen voor de komende week te bepalen. Op het moment dat een product nog niet eerder geleverd is, zoals bij de pakketten, gebeurt dat op basis van marktconsultatie. De meest recente cijfers over de beschikbare voorraad, de inkoop en de vraag worden gepubliceerd op de website van het LCH¹.

9.

Wanneer is voor de eerste keer een prognosemodel gemaakt van het aantal benodigde persoonlijke beschermingsmaterialen in de gehele zorg naar aanleiding van het COVID-19 virus? Wanneer werd deze prognose voor het eerst gemaakt voor alleen de ziekenhuiszorg?

Antwoord op vraag 9

Bij het maken van het prognose model is direct uitgegaan van alle zorginstellingen. Later zijn daar ook de thuiszorg, de huishoudelijke hulp en de mantelzorg aan toe gevoegd.

De eerste prognose dateert van de start van LCH op 23 maart 2020.

10.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgesondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-de-zorg>

Wie maakt de prognosemodellen en op welke data zijn deze gebaseerd?

Antwoord op vraag 10

De prognoses worden gemaakt door het LCH/VWS met input van diverse experts (adviseurs, zorgprofessionals, brancheorganisaties vanuit zorg en industrie). Daarbij wordt ook kennis uit andere landen verkregen bij inkoopexperts uit de zorg en internationale adviesbureaus. Inmiddels wordt ook gebruik gemaakt van de daadwerkelijke uitlevering vanuit het LCH.

11.

Via welke rechtsvorm worden persoonlijke beschermingsmaterialen ingekocht door het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)?

Antwoord op vraag 11

Het LCH is een tijdelijke publiek-private samenwerking, zonder winstoogmerk. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in opdracht van het ministerie van VWS, voor deze crisisperiode. Het LCH bestaat uit deskundigen van zorgaanbieders, distributiebedrijven en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen. Voor de financiële afhandeling van inkoop t/m verkoop heeft VWS een contract afgesloten met Mediq, die dit uitvoert met open boek en zonder winstoogmerk. VWS staat hierbij garant voor de risico's.

12.

Wat is de financiële omvang van het aantal bestellingen dat is uitgezet door het LCH?

Antwoord op vraag 12

De totale omvang is op dit moment ongeveer 1.050 miljoen euro (stand 2 juni 2020).

13.

Hoeveel is tot op heden daadwerkelijk overgemaakt ten behoeve van persoonlijke beschermingsmiddelen? Voor hoeveel staat het LCH nog garant aan financiële verplichtingen?

Antwoord op vraag 13

Het overgemaakte bedrag verandert dagelijks, maar is op dit moment ongeveer 30% van de totale financiële verplichting. VWS staat garant voor de risico's bij de financiële verplichtingen.

14.

Klopt het dat alle partners via het LCH werken zonder winstoogmerk? Kunt u garanderen dat alle betrokken partners ook daadwerkelijk geen winst maken op de persoonlijke beschermingsmaterialen?

Antwoord op vraag 14

De deelnemers aan het LCH wordt gevraagd een convenant te ondertekenen, waarbij vastgelegd is dat zij zonder winstoogmerk deelnemen aan het consortium. Het merendeel van de deskundigen is door hun eigen organisatie uitgeleend aan het LCH zonder de kosten daarvoor in rekening te brengen. Een enkele

deskundige, wordt wel betaald voor de gewerkte uren. Daarnaast werken verschillende bedrijven op kostprijsbasis of met sterk gereduceerde tarieven.

15.

Welke bedrijven zijn voornamelijk betrokken bij het LCH en wat zijn hun desbetreffende rollen?

Antwoord op vraag 15

Het LCH is een tijdelijke publiek-private samenwerking, zonder winstoogmerk. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in opdracht van het ministerie van VWS, voor deze crisisperiode. Het LCH is een krachtenbundeling van kennis en expertise. Het functioneert als tijdelijk samenwerkingsverband van deskundigen, om veel beschermingsmiddelen te verwerven en bij de zorgverleners te krijgen. In het LCH werken deskundigen uit de hoek van zorgaanbieders, distributiebedrijven, transporteurs en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen samen. Het LCH bestaat uit personen en niet uit organisaties en instellingen. Wel brengen deze personen in een aantal gevallen netwerken van hun organisatie in, die kunnen bijdragen aan het oplossen van het PBM tekort in de zorg.

We onderscheiden de volgende groepen personen:

- Deskundigen uit de hoek van supply chain partners. Dat zijn deskundigen die bij het LCH kennis inbrengen van de supply chains, maar die ook de professionele netwerken van hun bedrijven ter beschikking stellen om materialen naar Nederland te krijgen (Skyteam/KLM) of binnen Nederland te distribueren (OneMed/QRS & Mediq).
- Deskundigen uit zorgorganisaties. Dat kunnen zijn academische ziekenhuizen, medische centra of andere zorginstellingen. Zij brengen kennis in van bijvoorbeeld de zorg, van inkoop voor de zorg en van kwaliteitsbewaking ten behoeve van de zorg. Dit varieert van directeuren inkoop van zorginstellingen tot co-assistenten uit het A-UMC die de telefoon bedienen om alle aanbieders te woord staan.
- Experts die gevraagd zijn specifieke kennis in te brengen bij het LCH bijvoorbeeld op het gebied van prognoses maken, inkoop van medische hulpmiddelen, financiën, crisisorganisaties inrichten, communicatie of logistiek. Voorbeelden zijn experts van bedrijven als Brocacef, BCG, Accenture, Vintura, Reputatiegroepen, Post NL.
- Deskundigen met expertise op het gebied van het opzetten van Nederlandse productielijnen voor PBM. Zij hebben hun kennis gedeeld met de ministeries van EZK en VWS.
- Deskundigen uit de publieke domein, die kennis en ervaring hebben ingebracht van bijvoorbeeld inkoop bij de overheid, kwaliteitsmetingen, logistiek, netwerken van zorginstellingen, overheidsfinanciën en de vraagstellingen in zorginstellingen. Denk hierbij aan onder andere de ministeries van Defensie en VWS, de NFU (diverse academische ziekenhuizen), RIVM, ZonMW en GGD GHOR.

Bij het bovenstaande kan nog het volgende worden opgemerkt.

- Bovenstaande lijst van deskundigen is voortdurend aan verandering onderhevig. Inbreng van kennis kan variëren al naar gelang de behoefte op dat moment. De samenstelling van het LCH wisselt daarmee voortdurend.

- Het merendeel van de deskundigen is door hun eigen organisatie uitgeleend aan het LCH zonder de kosten daarvoor in rekening te brengen. Een enkele deskundige, wordt wel betaald voor de gewerkte uren. De kosten van deze betaling wordt verwerkt in de kostprijs van de inkoop.
- Voor het afwikkelen van alle financiële aspecten van inkoop tot verkoop heeft VWS een apart contract gesloten met Mediq. Ook met OneMed/QRS is een overeenkomst getekend voor de afwikkeling van de distributie. Hierdoor kon het LCH direct starten met grootschalige inkoop en met het benutten van de distributiekkanalen van Mediq en OneMed. Beide bedrijven zijn bereid geweest dit te doen op kostprijsbasis en verdienen hier, conform de doelstelling van de LCH samenwerking, niet aan.
- Het LCH werkt met circa 50 aanvoerlijnen. Daarbij zijn producenten/fabrieken en (tussen)handelaren betrokken. Deze partijen maken geen deel uit van het LCH. De (inkoop)contracten met deze partijen worden afgesloten door Mediq op basis van het genoemde contract tussen VWS en Mediq.

16.

Klopt het dat tot op heden alle transport van persoonlijke beschermingsmaterialen van China naar Nederland is verlopen via luchtverkeer? Ziet u mogelijkheden om op de langere termijn het transport ook per vrachtschip of per trein te vervoeren?

Antwoord op vraag 16

Vanwege het spoedeisende karakter is het LCH direct begonnen met luchttransport. Dit blijft tot op de dag van vandaag een belangrijk vervoerskanaal. Daarnaast vindt er inmiddels ook transport per trein en schip plaats.

17.

Kunt u een overzicht geven hoeveel mondklappers afgelopen drie maanden zijn ingekocht door Duitsland, België en Frankrijk?

Antwoord op vraag 17

Nee, dit overzicht heb ik op dit moment niet.

18.

Bent u ervan op de hoogte dat de Duitse regering de nationale productie van persoonlijke beschermingsmaterialen stimuleert en ervan uitgaat dat medio augustus elke week 10 miljoen FFP2 maskers en 40 miljoen chirurgische maskers kunnen worden geproduceerd? Wat zijn de ambities van de Nederlandse regering betreffende het opschalen van de nationale productie?

Antwoord op vraag 18

Ja. Op dit moment zijn Nederlandse bedrijven bezig met de productie van FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatschermen en beademingsapparatuur. Drie fabrikanten zijn inmiddels FFP2-maskers aan het produceren of starten de productie van FFP2-mondklappers op zeer korte termijn. Ik ben met alle drie de bedrijven in gesprek om de productie gedurende 12 maanden verder op te schalen tot gemiddeld 2 mln. stuks per week. Daarnaast heb ik met drie fabrikanten contracten gesloten voor onder andere de afname van chirurgische mondklappers. Zodra deze bedrijven hun productie volledig op gang hebben en voldoen aan de kwaliteitseisen, kunnen er gemiddeld zo'n 3 miljoen chirurgische mondklappers per week worden geproduceerd. Hiermee wordt in ruime mate aan de huidige uitvraag voldaan en wordt een robuuste voorraad opgebouwd via nationale productie.

19.

Bent u van mening dat het aanwijzen van een speciaal gezant voor de Taskforce Diagnostiek geslaagd is verlopen? Denkt u er aan om een dergelijke speciale gezant ook in te zetten voor de inkoop, coördinatie en nationale productie van persoonlijke beschermingsmaterialen?

Antwoord op vraag 19

Ja, ik vind het aanstellen van een de speciaal gezant in aanvulling op de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit geslaagd. Aangezien ik inmiddels met verschillende bedrijven afspraken heb gemaakt over de productie, of het starten ervan, van persoonlijke beschermingsmiddelen, zie ik niet de noodzaak om een speciaal gezant op dit terrein aan te stellen.

20.

Kunt u bovenstaande vragen één voor één beantwoorden uiterlijk op dinsdag 19 mei?

Antwoord op vraag 20

Dat is helaas niet gelukt

1) Trouw, 9 mei 2020, 'Verpleeghuizen wilden al vroeg testen maar werden geweigerd', Nieuwsuur, 8 mei 2020, 'Protocol voor contactonderzoek kent twee grote zwakke plekken'

2) Telegraaf, 12 mei 2020, 'Inval-minister Van Rijn kijkt terug: 'Bidden dat wat we doen, goed is'

3) ECDC.nl, 8 april 2020, 'Technical report. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update';
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Contact-tracing-Public-health-management-persons-include-ing-healthcare-workers-having-had-contact-with-COVID-19-cases-in-the-European-Union-second-update_0.pdf

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Sazias (50PLUS), ingezonden 11 mei 2020 (vraagnummer 2020Z08317) en van het lid Bergkamp (D66), ingezonden 12 mei 2020 (vraagnummer 2020Z08435).