

25 295 Infectieziektenbestrijding

Nr. 2047 Verslag van een schriftelijk overleg
Vastgesteld 26 april 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 februari 2023 over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19 virus (Kamerstuk 25 295, nr. 2012).

De vragen en opmerkingen zijn op 14 maart 2023 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 25 april 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Van Haga
Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid Omtzigt

II. Reactie van de minister

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 brief met diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden danken de minister voor de stand van zaken met betrekking tot het coronavirus en de ontwikkelingen op dit gebied. Zij hebben nog vragen.

Genoemde leden lezen in de brief dat de cijfers van de verspreiding van het virus en de ziekenhuis- en IC-opnames vanaf begin januari een daling hebben ingezet die later stabiliseerde.

Inmiddels is echter weer een flinke stijging van opnames in de ziekenhuizen te zien.

Tegelijkertijd zien deze leden in de cijfers van afgenomen testen in de week van 21-28 februari jl. een daling. Zij merken op dat deze daling komt na het nieuwsbericht dat het

Outbreak Management Team (OMT) aangeeft dat het testen- en isolatieadvies voor het algemeen publiek kan komen te vervallen.¹ In hoeverre denkt de minister dat dit

nieuwsbericht invloed heeft gehad op de testbereidheid van mensen met klachten? Is de minister het met de leden van de VVD-fractie eens dat dit soort nieuwsberichten een negatief

effect kunnen hebben op de bereidheid tot opvolgen van de nu nog geldende adviezen? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er goed, duidelijk en eenduidig gecommuniceerd gaat

worden over de nog resterende adviezen? Worden tussen het OMT, Maatschappelijk Impact Team (MIT), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en andere betrokkenen

afspraken gemaakt over communicatie en de effecten die deze communicatie kan hebben?

Kan de minister in de beantwoording van dit verslag maar ook in zijn brief als reactie op het 146^e OMT-advies uitgebreid ingaan op hoe en met welk gewenst effect de communicatie over resterende adviezen wordt gedaan?

De leden van de VVD-fractie lezen ook de cijfers omtrent COVID-vaccinatie. Is de minister tevreden met de vaccinatiegraad van de herhaalprikken? Het percentage zorgmedewerkers

met minimaal één eerdere COVID-19-vaccinatie die dit najaar een herhaalprik hebben

gehaald, is 28%. Genoemde leden vinden dit percentage laag. Is de minister dat met deze

leden eens? Wat is volgens hem de reden van dit percentage? Vindt hij het voor zowel de

medewerkers als voor de mensen voor wie ze zorgen van belang dat dit percentage omhoog gaat? Zo ja, wat is hij bereid te doen om de herhaalvaccinatiegraad onder zorgmedewerkers te

verhogen?

Deze leden vragen daarnaast waarom het OMT/MIT wel tot een advies kan komen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor medisch kwetsbaren,

maar de Gezondheidsraad niet? Heeft de minister hier een verklaring voor?

Daarnaast lezen en ondersteunen de leden van de VVD-fractie de wens van de minister om

kennis en expertise over COVID te bundelen en dat de minister niet wil dat er een fysiek expertisecentrum op één plek komt. Welke alternatieve varianten van bundeling van expertise

zijn er volgens de minister mogelijk? Genoemde leden verwachten meer actie op het gebied

van post-COVID, zeker nu ook bekend is geworden dat twee grote post-COVID -

poliklinieken in Amsterdam en Rotterdam de deuren hebben moeten sluiten voor nieuwe

patiënten.² Waar kunnen patiënten met langdurige post-COVID nog terecht en is dit

¹ NOS, 23 februari 2023, 'OMT: testen op corona niet meer nodig, ziekte 'hoort erbij'
(<https://nos.nl/artikel/2465003-omt-testen-op-corona-niet-meer-nodig-ziekte-hoort-erbij>).

² de Volkskrant, 3 maart 2023, 'Poliklinieken moeten patiënten met postcovid weigeren, de zorg is niet meer te betalen' (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/poliklinieken-moeten-patienten-met-postcovid-weigeren-de-zorg-is-niet-meer-te-betalen~be9b0100/>).

voldoende bekend bij deze patiënten? Genoemde leden willen graag een actieplan met daarin aandacht voor onderzoek, richtlijnen, revalidatie, sociale zekerheid en financiering. Hoe staat de minister hiertegenover? Is hij bereid het voortouw hierin te nemen en met partijen tot een uitvoerbaar plan te komen?

Hoe gaat de minister voorkomen dat het niet meer kunnen aannemen van nieuwe patiënten leidt tot een toename in het aanbod en gebruik van charlatans met zogenaamde post-COVID-behandelingen, zoals oorpiercings? Is de minister in gesprek met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en zorgverzekeraars over hoe kwakzalverijpraktijken tegen te gaan en hoe ervoor gezorgd kan worden dat patiënten zich niet (uit terechte wanhoop) inlaten met niet-passende zorg?

Tot slot lezen de leden van de VVD-fractie in het meest recente OMT-advies dat zowel ziekenhuizen als de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) aangeven te willen stoppen met de registratie van ziekenhuisopnames op verpleegafdelingen aan het einde van het griepseizoen 2022/2023 vanwege de hoge registratielast. Genoemde leden vinden het belangrijk dat goed zicht blijft op de ziekenhuisopnames, maar ook dat administratieve lasten zoveel als mogelijk verminderd worden. Ziet de minister mogelijkheden voor het bijhouden van ziekenhuisopnames op verpleegafdelingen op een manier die tot minder registratielast leidt voor de professionals?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de stand van zaken brief over COVID-19-gerelateerde onderwerpen. Zij hebben nog een aantal vragen. Flexibiliteit van het stelsel is in het kader van pandemische paraatheid erg belangrijk. Daarom vragen deze leden in welk tijdsbestek de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) weer op de capaciteit van 100.000 testen kunnen staan, mocht dit nodig zijn. Kan de minister schetsen hoe de adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) meegenomen worden in het inrichten- en afschalen- van het stelsel op dit moment?

Er zijn veel mensen die nog dagelijks last hebben van post-COVID. Kan de minister een update geven over zijn voortrekkersrol op onderzoek op EU-niveau? Kan de minister schetsen hoe Nederland zich verhoudt tot andere Europese landen als het gaat over (onderzoek naar) post COVID? In hoeverre heeft de conclusie van de Autoriteit Persoonsgegevens inzake datadeling binnen de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) effect op de onderzoekssamenwerking met andere Europese landen?

Verder vinden genoemde leden het goed te lezen dat de minister zich wil inzetten voor bescherming van kwetsbare groepen op de langere termijn. Deze leden vragen of hier verder op in gegaan kan worden. De Gezondheidsraad stelt dat het te weinig aanknopingspunten ziet om tot een voldoende wetenschappelijk onderbouwd advies te komen. Hoe komt dit? Welke stappen zijn nodig om tot voldoende concrete wetenschappelijke aanknopingspunten te komen? Is er een schatting van hoeveel mensen op dit moment in langdurige thuisisolatie zitten door hun kwetsbare gezondheid en COVID-19? Hoeveel pakketten met mondkapjes en zelftesten worden op dit moment verstrekt?

Ook lezen de leden van de D66-fractie dat er een voorraad monovalente mRNA-vaccins bestaat. Hiervan zal een deel niet geprikt of gedoneerd gaan worden. Onlangs adviseerde de Gezondheidsraad om alleen de doelgroep van kinderen van vijf tot twaalf jaar te vaccineren bij ernstige medische aandoeningen. Niet omdat er iets was veranderd aan de veiligheid, maar onder andere door het verloop van de pandemie. Genoemde leden vragen in dit kader of de minister bereid is om deze vaccins gratis beschikbaar te maken bij de doelgroep van kinderen

van vijf tot twaalf jaar zonder medische indicatie, indien ze ongebruikt dreigen te blijven. De mogelijke inzet van het Corona Toegangsbewijs (CTB) wordt afgeschaald. Ook wordt de stand-by-operatie voor Testen voor Toegang gestopt. In dit kader vragen deze leden in hoeverre dit effect heeft op de sectorplannen en de maatregelenladders voor de sectorale aanpak van COVID-19. Onder andere de evenementensector, de cultuursector en de horeca hebben het CTB opgenomen in hun plannen. Is er met hen gesproken over vervangende instrumenten om maatwerk in de toekomst te garanderen? Om paraat te staan voor mogelijke toekomstige pandemieën, zien de leden van de D66-fractie namelijk een grote meerwaarde in sectorplannen op maat.

Ten slotte lezen deze leden dat de minister gaat bekijken of het opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) ook toe te passen is op andere crises en omstandigheden. Kan hij hier verder over uitweiden? Welke partijen zijn betrokken bij deze gesprekken en wat is het tijdsplan? Worden de lessen uit de OVV-rapporten ook meegenomen bij deze verkenning, om zo te komen tot een stelsel waarin de pandemische paraatheid goed ingeregeld is? Wanneer kan de Kamer de uitkomsten verwachten van de gesprekken over de bekostigingsafspraken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen. Zij betreuren het besluit van de minister om geen keurmerk in te richten voor CO₂-meters, ondanks dat dit jaren kan duren. Het gaat hier immers ook over de lange termijn aanpak van corona of andere pandemieën. Sinds wanneer is het gegeven dat het ontwikkelen van een keurmerk geen eenvoudig proces is, een argument om het dan maar niet te doen? Deze leden hechten aan betrouwbare informatie omtrent CO₂-meters en vragen de minister zijn besluit te heroverwegen.

Waarom handelt de minister van Volksgezondheid zo slecht als het gaat om een gezond binnenklimaat? Waarom neemt de minister zijn verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en dus voor een gezond binnenklimaat niet? CO₂-Meters hebben immers een bredere functie dan het verminderen van aerogene transmissie van virussen en andere ziekteverwekkers, ze geven met de aanwezigheid van CO₂ in de lucht aan hoe goed een binnenruimte geventileerd is. Dat is van belang voor een goede volksgezondheid, toch? Als de minister het niet van de leden van de PVV-fractie wil aannemen, waarom negeert de minister dan de noodoproep van de artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en 70 zorgorganisaties die erop wijzen dat de toegenomen armoede van afgelopen winter en het niet kunnen stoken en ventileren leidt tot een explosieve toename van ziekte?³ Kan de minister begrijpen dat deze leden woest zijn om het feit dat de minister zijn taak voor de volksgezondheid als het gaat om een gezond binnenklimaat zo verzaakt, dat de minister niet eens bereid is een gezond binnenklimaat in publieke binnenruimtes te bewerkstelligen? Waarom dringt de minister bij zijn collega-ministers niet aan op veel lagere energieprijzen die de volksgezondheid verbeteren? De leden van de PVV-fractie begrijpen dat Branchevereniging Binnenklimaat Nederland een register heeft van deugdelijke CO₂-meters. Waarom regelt de minister niet dat dat wordt gecommuniceerd met de doelgroepen? Waarom laat de minister dit aan het veld over in plaats

³ KNMG, 16 februari 2023, 'Zorgbestuurders, hoogleraren en prominenten aan kabinet: "Alles op alles om te voorkomen dat mensen ziek worden door armoede"' (<https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/zorgbestuurders-hoogleraren-en-prominenten-aan-kabinet-alles-op-alles-om-te-voorkomen-dat-mensen-ziek-worden-door-armoede>).

van hier de regie te pakken? In België heeft de ‘Taskforce Ventilatie van het Regeringscommissariaat Corona’ aanbevelingen gedaan voor het aanschaffen en gebruik van CO2-meters. Is de minister bereid om dat voorbeeld te volgen?

Genoemde leden zijn voorstander van een structurele ophoging van het aantal Intensive Care (IC)-bedden en begrijpen niet dat de minister dit niet tot doel maakt en ook hier zijn verantwoordelijkheid als de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet neemt. Nederland heeft nu slechts 999 structurele IC-bedden en alleen een tijdelijke opschaling tot 1.145 IC-bedden kan gerealiseerd worden, zo lezen deze leden in het LNAZ-opschalingsplan. Het beschikbaar maken van 1.250 IC-bedden gaat fors ten koste van de reguliere zorg, omdat die dan weer afgeschaald moet worden, bovenop de constatering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) dat ziekenhuizen de uitgestelde zorg amper kunnen inlopen. Waarom neemt de minister niet zijn verantwoordelijkheid in dezen? Waarom zei de minister recentelijk in een plenair debat dat hij maximaal 1.700 ic-bedden beschikbaar kan hebben in plaats van de 1.250 die de LNAZ meldt in haar opschalingsplan? Is de minister vergeten dat er tijdens de eerste coronagolf een piekbezetting was van 1.424 coronapatiënten op de IC en 2.900 coronapatiënten op de verpleegafdelingen? Wanneer is volgens de minister sprake van dood door schuld als gevolg van regeringsbeleid? De minister gaf in zijn vorige functie als de voorzitter van het LNAZ nog aan dat er mogelijk 3.500 mensen met corona op de IC zouden komen te liggen. Waar gaat hij die patiënten nu laten in zo’n geval? Het is de minister toch, die niet uitsluit dat er nog altijd een coronavariant kan komen die wel tot veel ziekenhuisopnames leidt? Deze leden wil weten of de investering die de afgelopen jaren in de benodigde IC-apparatuur en inventaris is gedaan om op te kunnen schalen tot maximaal 1.700 bedden conform het eerste opschalingsplan uit 2020, nog beschikbaar is en blijft.

Waarom negeert de minister dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) becijferd heeft dat er door de coronastrategie van opschalen van coronazorg en tegelijkertijd afschalen van reguliere ziekenhuiszorg inmiddels 460.000 (320.000+140.000) gezonde levensjaren verloren zijn gegaan? Waarom neemt de minister niet zijn verantwoordelijkheid voor deze bewust door de overheid steeds weer bij elke coronagolf gehanteerde coronastrategie, van opschalen van de coronazorg en afschalen van reguliere ziekenhuiszorg? Erkent de minister dat deze strategie tot een verlies van een ontzaglijk grote hoeveelheid gezonde levensjaren en extra doden heeft geleid?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister met betrekking tot diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden hebben hier enkele vragen over. De minister schrijft onder de paragraaf over vaccinatie tegen COVID-19 dat van de medisch hoog risicogroep (circa 2,4 miljoen mensen), de vaccinatiegraad 69% is. Genoemde leden vragen of de minister kan aangeven of alle mensen voldoende zijn bereikt en waarom dit percentage niet hoger is.

Onder de zesde paragraaf over de afschaling van de voorbereidingen voor de mogelijke inzet van het CTB wordt aangegeven dat er is gestopt met stand-by operatie Testen voor Toegang en dat dus ook het contract IT-ondersteuning stopt en de aanbesteding is teruggetrokken. De leden van de CDA-fractie vragen of hiervan nog kosten zijn.

Onder de achtste paragraaf over de noodvoorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen staat dat overtollige apparatuur wordt afgestoten. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt berekend wat afgestoten kan worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Zij hebben hier nog een aantal vragen en

opmerkingen over. Deze leden vragen de minister wanneer het kabinet met een fatsoenlijke regeling komt voor zorgpersoneel met post-COVID. Zij wijzen erop dat deze mensen soms al drie jaar lang kampen met klachten en de gevolgen daarvan, maar dat er nog steeds geen compensatie voor hen is gekomen. Wanneer komt er duidelijkheid voor deze groep?

Genoemde leden vragen de minister daarnaast hoe hij ervoor gaat zorgen dat voldoende onderzoek kan worden gedaan naar post-COVID, zodat de grote groep mensen die hiermee kampt beter kan worden geholpen. Zij wijzen erop dat onderzoekers namelijk recent nog de noodklok luiden over het gebrek aan financiering van onderzoek naar post-COVID. Is de minister het ermee eens dat moet worden voorkomen dat belangrijk onderzoek vertraging oploopt door dit gebrek aan financiering? Zo ja, hoe gaat hij hiervoor zorgen?

De leden van de SP-fractie constateren dat er nog steeds honderden patiënten met COVID-19 in het ziekenhuis liggen, waarvan enkele tientallen op de IC. Er blijft daarmee structureel een extra druk op de zorg bestaan door COVID-19, die er voor 2020 niet was. Is de minister het ermee eens dat er daarom ook structureel extra capaciteit voor de ziekenhuizen nodig is om deze extra last op te kunnen vangen? Zo ja, hoe gaat hij dit regelen?

De leden van de SP-fractie lezen dat de stand-by operatie voor Testen voor Toegang is stopgezet. Tegelijkertijd constateren zij dat er in de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog wel € 161,07 miljoen euro voor het CTB is begroot. Wat gaat de minister nu met dat bedrag doen, nu hij definitief af lijkt te stappen van het CTB? Is hij bereid dit geld nu wel vrij te maken voor compensatie van zorgverleners met post-COVID en onderzoek naar post-COVID?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse de brief gelezen over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Genoemde leden hebben nog wel een aantal vragen aan de minister gerelateerd aan het COVID-beleid.

Deze leden merken ten aanzien van de paragraaf over de epidemiologische situatie in relatie tot China en over de update van de rioolwatersurveillance op, dat de minister voor de monitoring rondom het COVID-19 virus volledig leunt op rioolwatersurveillance. De betrouwbaarheid van deze surveillancemethode is veelbelovend, ook voor het monitoren van andere infectieziekten. In hoeverre is rioolwatersurveillance ook een interessante methode om bijvoorbeeld het apenpokkenvirus te monitoren? Kan de minister uiteenzetten wat het verschil in betrouwbaarheid is tussen monitoring op basis van rioolwater en het afnemen van stukjes genetisch materiaal zoals dat bij de PCR-test gebruikelijk was?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ten aanzien van de paragraaf over de huidige inreismaatregelen China, begrip voor het besluit rondom de invoering van inreismaatregelen in januari jongleden. Wél hebben zij vragen over de juridische grondslag waarop deze maatregel is gebaseerd. Met andere woorden; op basis van welke grondslag in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) heeft het kabinet het besluit genomen om over te gaan tot een noodverordening? Kan de minister de juridische grondslag en de motivatie om te kiezen voor deze grondslag nader motiveren? Tevens vinden de voornoemde leden het opmerkelijk dat de minister destijds stelde dat wanneer de nieuwe pandemiewet reeds zou zijn aangenomen in de Eerste Kamer, er geen gebruik zou hoeven worden gemaakt van een noodverordening. De pandemiewet heeft enkel betrekking tot een A1-infectieziekte, of een infectieziekte die grote dreiging met zich meebrengt. Per invoering van de pandemiewet is COVID-19 echter géén A1-infectieziekte. Op welke manier had het aannemen van de pandemiewet bijgedragen aan

de juridische onderbouwing van deze inreismaatregel? Op basis van welke juridische grondslag was het kabinet in dit scenario dan overgegaan tot het nemen van deze voornoemde maatregel?

Genoemde leden begrijpen ten aanzien van de paragraaf over de wijziging van het testbeleid dat in het 146^e OMT-advies wordt geadviseerd om de GGD-teststraten verder af te schalen. Ook in onderhavige brief wordt al verdere afbouw aangekondigd. Genoemde leden maken zich zorgen wat dit betekent voor mensen met een post-COVID-diagnose. Ook vragen zij wat voor consequenties een dergelijk afschalen heeft voor de termijn waarop kan worden opgeschaald, in het geval de ellende wederom uitbreekt. Kan de minister op voorgaande vragen uitvoering ingaan? Tot slot vinden de leden van de GroenLinks-fractie het van cruciaal belang dat zelftesten voor iederéén, ongeacht de omvang van iemands portemonnee, toegankelijk blijft.

De leden van de GroenLinks-fractie schrikken van het grote aantal vaccins dat moet worden afgevoerd omdat de houdbaarheid daarvan zou verlopen. De voornoemde leden hebben uiteraard begrip voor het feit dat een goede buffer is aangehouden, maar vragen wel wanneer deze voorraad aan monovalente vaccins is ingekocht. Tevens vragen zij op basis van welke onafhankelijke gegevens de houdbaarheid van deze vaccins afloopt. Zijn dit gegevens verstrekt door de farmaceuten zelf? Welke risico's zijn er om vaccins een poosje ná de houdbaarheidsdatum, alsnog toe te passen? Tevens vragen de voornoemde leden af of de minister kan prijsgegeven hoeveel hij momenteel betaalt per vaccin bij de verschillende fabrikanten. Is de minister bereid, gezien de woekerwinsten van farmaceuten als Pfizer, hierover transparant te zijn jegens de Kamer?

Ten aanzien van de paragraaf over de update van het oversterfteonderzoek en de datatoegang, begrijpen de leden van de GroenLinks-fractie dat de minister niet voornemens is extra maatregelen te treffen over onderzoek rondom de oversterfte in 2022. De minister wil pas na de onderzoeksresultaten wegen of vervolgstappen gewenst zijn. Wanneer vindt dit nieuwe weegmoment plaats? Terwijl vrijwel alle signalen nog steeds wijzen op COVID-19-gerelateerde oversterfte, merken de voornoemde leden op dat veel (spook)verhalen rondgaan over de oversterfte van 2022. De voornoemde leden achten het van belang dat ruis rondom dit vraagstuk wordt weggenomen. Deelt de minister het belang van transparantie en opheldering rondom deze kwestie? Tevens kan extra inzage in de oversterfte van 2022 ook beleidsconsequenties met zich meebrengen. Kortom, genoemde leden achten het weldegelijk wenselijk dat hierover meer opheldering komt.

Deze leden hebben inzake de paragraaf over het CTB begrip voor het besluit om de stand-by operatie van Testen voor Toegang te stoppen. Echter sluiten deze leden niet uit dat alsnog binnen afzienbare tijd een situatie zich voordoet waarbij massaal preventief testen méér mogelijk kan maken. Wat gebeurt er met de opgedane kennis rondom dit stelsel? Hoe wordt kennis, ervaring en kunde geborgd voor de toekomst? Wat zijn de lessen geweest van Testen voor Toegang? Binnen welke termijn zou een dergelijke operatie alsnog kunnen worden opgezet, wanneer daar absolute noodzaak toe is?

De leden van de GroenLinks-fractie merken ten aanzien van de paragraaf over het onderzoek 'IGJ tijdens de coronapandemie' op dat grote, commerciële partijen, vrijwel altijd worden ingezet door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aanpalende bestuursorganen als het gaat om onderzoek en evaluatie. Dat vinden de voornoemde leden problematisch. Ongetwijfeld hebben dergelijke bedrijven de expertise in huis om een dergelijk onderzoek te verrichten, maar hoe men het ook wendt of keert, is er altijd een afhankelijkheidsrelatie tussen de uitvoerder (in dit geval Bureau Berenschot) en de opdrachtgever (in dit geval de IGJ). Wat is het algehele beleid van het ministerie rondom de

inkoop en aanbesteding van dergelijke onderzoeksopdrachten? Hoeveel procent van het externe onderzoek wordt verricht door het bedrijfsleven via een aanbesteding? Waarom worden publiek gefinancierde wetenschappers op universiteiten en hogescholen niet vaker voor dergelijke opdrachten benaderd?

Genoemde leden merken op dat de allereerste aanbeveling voor de IGJ het versterken van ‘de externe communicatie’ betreft. Hoewel communicatie van groot belang is gedurende een pandemie, hebben deze leden gerede twijfel of dit de meest prangende les is die de IGJ kan trekken uit de coronapandemie en op basis van de bevindingen in het opgeleverde onderzoek. Tevens valt het deze leden op dat het verrichte onderzoek “beperkt” van omvang is, zoals de onderzoekers zelf stellen. Wat gebeurt met de constatering in voorgenoemd rapport? Komt er nog een vervolgonderzoek of plan van aanpak naar aanleiding van dit rapport?

Ten aanzien van de noodvoorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen hameren de leden van de GroenLinks-fractie op de lessons learned uit de coronacrisis. De OVV constateerde eerder dat Nederland niet was voorbereid op een pandemie, mede door het gebrek aan noodvoorraden. Daarom zijn deze leden buitengewoon sceptisch over het afschalen van de noodvoorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen, beademingsapparaten en zuurstofconcentratoren. Kan de minister de Kamer een overzicht geven, per tabel, wat de aantallen zijn van de huidige voorraden nu en wat de minimale voorraden zijn die in de toekomst worden aangehouden?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn tevreden dat de regeling voor het kosteloos verstrekken van zelftesten en persoonlijke beschermingsmiddelen-pakketten voor medisch kwetsbaren is verlengd. De voornoemde leden zijn echter van mening dat de beschikbaarheid van met name zelftesten ook kosteloos beschikbaar moet worden gesteld aan sociaaleconomisch kwetsbaren. Wanneer komt het onderzoek van de Gedragsunit van het RIVM naar de Kamer naar aanleiding van de motie van het lid Westerveld c.s.⁴? Staat de minister ervoor open alsnog de voornoemde regeling uit te breiden naar grotere groepen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de ontwikkelingen met betrekking tot het COVID-19-virus. Ze hebben hier enkele vragen over. Genoemde leden hebben kennisgenomen van de uitwerking van motie van de leden Westerveld en Kuiken⁵ over mensen die uit kostenoverweging geen zelftest doen of FFP2-mondkapje gebruiken. Zij vragen of de minister ook bredere lessen wil trekken uit dit onderzoek, over hoe een kleine portemonnee effect kan hebben op gezondheidskeuzes en specifiek of en hoe hij deze bevindingen gaat betrekken bij de verbetering van de toets op het basispakket.

Deze leden willen benadrukken dat er zo snel mogelijk een regeling voor zorgmedewerkers met post-COVID moet komen. Zij hebben begrepen dat het kabinet in april een regeling zal voorleggen ter internetconsultatie. Wanneer verwacht de minister de regeling aan het parlement voor te leggen en wanneer verwacht de minister dat zorgverleners daadwerkelijk aanspraak kunnen maken op deze regeling? Deelt de minister de mening van deze leden dat dit kabinet zich veel harder had kunnen inspannen om snel duidelijkheid te geven aan deze kwetsbare groep? De leden van de PvdA-fractie lezen dat de minister niet bereid is om diagnose, behandeling, kennisbundeling en expertise voor post-COVID-patiënten samen te laten komen op één locatie. Tegelijkertijd krijgen deze leden signalen dat er op verschillende locaties een behandelstop is voor post-COVID-patiënten omdat deze behandeling te duur

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1755.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1977.

wordt. Kan de minister deze signalen duiden? Hoe borgt de minister dat er voldoende hoogwaardige zorg is voor post-COVID-patiënten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen ten aanzien van de paragraaf over de vaccinatie tegen COVID-19 de minister te reflecteren op de enorme winsten die sommige vaccinproducenten hebben gemaakt in de coronacrisis. Welke lessen trekt de minister hieruit? Heeft dit wat de minister betreft nog invloed op het kabinetsstandpunt rond het loslaten van patenten om de vaccinproductie en -verspreiding ook in ontwikkelingslanden te vergroten? Genoemde leden vragen inzake de paragraaf over kennis en onderzoek naar post-COVID hoe de minister optimale dienstverlening aan patiënten met post-COVID voor zich ziet, als hij een fysiek expertisecentrum op één plek niet passend vindt. Patiënten hebben er mee te maken dat de professional bij wie zij aankloppen, niet voldoende kennis over post-COVID heeft en van de ene naar de andere professional gaan om passende ondersteuning te krijgen. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat zorgprofessionals up to date zijn met de kennis en inzichten over het post-COVID en passende behandelingen? Deze leden wijzen specifiek op arbo-/bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die een cruciale rol spelen voor post-COVID-patiënten. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe bekend C-support is bij post-COVID-patiënten. Welke inzet pleegt de minister om deze bekendheid blijvend te verspreiden onder post-COVID-patiënten?

Genoemde leden zien de inzet van de minister om in Europees verband bestaande onderzoeken en kennis te bundelen en zo sneller tot resultaat te komen. Zij vragen de minister hoeveel draagvlak er in de EU is voor deze aanpak. Deze leden maken zich zorgen dat als er in de EU weinig animo is, voor de Nederlandse inzichten in behandeling en oorzaken Nederland toch op zichzelf is aangewezen. Hoe schat de minister dit in? Daarnaast vinden deze leden het zorgelijk dat veel van de onderzoeken die nu in Nederland lopen, relatief kortdurend van aard zijn en daardoor de continuïteit van onderzoek onder druk staat. Deze leden vinden het moeilijk voor te stellen dat kortdurend onderzoek voldoende is om alle inzichten op post-COVID op te doen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar het aanbod van post-COVID-zorg in poliklinieken. Zij wijzen op de recente berichtgeving hierover⁶. Is de minister het met deze leden eens dat er een groep patiënten is die niet voldoende heeft aan ambulante begeleiding maar behoefte heeft aan zorg van specialisten in een academisch centrum? Welke garantie kan de minister aan deze groep patiënten geven dat zij goede zorg blijven krijgen? Is het voor de minister, net als voor deze leden, ook geen optie dat poliklinische zorg zou verdwijnen voor post-COVID-patiënten? Welke stappen zet hij in overleg met zorgverzekeraars om dat te voorkomen?

Deze leden vragen of de minister van plan is om de regeling voor paramedische herstellzorg bij post-COVID in het basispakket te verlengen, zodat deze ook na 1 augustus 2023 geldt. Daarnaast vragen zij of de minister bekend is met de signalen dat de herstellzorg die vanuit het basispakket wordt geboden voor sommige patiënten niet voldoende is, bijvoorbeeld omdat ze langer dan twee keer zes maanden zorg nodig hebben. Welke mogelijkheden hebben deze patiënten voor verdere behandeling?

Hoeveel kinderen hebben post-COVID? Wat zijn de inzichten in de risico's, het ziektebeeld en behandelmogelijkheden bij kinderen?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de minister de kans op post-COVID na

⁶ De Volkskrant, 3 maart 2023, 'Poliklinieken moeten patiënten met postcovid weigeren, de zorg is niet meer te betalen' <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/poliklinieken-moeten-patienten-met-postcovid-weigeren-de-zorg-is-niet-meer-te-betalen~be9b0100/>).

besmetting met corona meeweegt in het coronabeleid, en specifiek voor de noodzaak tot testen en isolatie bij besmetting om de kans op het doorgeven van het virus te verkleinen. Genoemde leden vragen naar de uitvoering van de motie van het lid Bikker c.s.⁷. In de motie wordt gevraagd om in de maatregelenladders/sectorplannen ook maatregelen op te nemen die juist ondersteunend zijn voor kwetsbare groepen. Worden deze maatregelen opgenomen in de resultaten van de botsproef die nog met de Kamer worden gedeeld? Zo niet, op welke manier geeft de minister dan wel uitvoering aan de motie?

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de recente bevindingen van een groep Nederlandse onderzoekers, dat een regionale aanpak in het begin van de coronacrisis effectief was geweest. Deze leden zien daarin een bevestiging van hun eerdere pleidooien voor meer regionaal maatwerk. Zij vragen op welke manier deze les wordt meegenomen in toekomstscenario's.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Van Haga

De leden van de Groep Van Haga hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister inzake diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Zij hebben nog een aantal vragen. Heeft de minister ten aanzien van de paragraaf over de wijziging van het testbeleid inmiddels al advies ingewonnen van het OMT/MIT over de instandhouding van de testcapaciteit? Zo ja, welk advies hebben deze organen daarover uitgebracht? Kan de minister uitleggen waarom er überhaupt nog een testinfrastructuur in stand wordt gehouden bij de GGD'en, aangezien de epidemiologische situatie al lang niet meer vraagt om een dergelijke kostbare crisisstructuur? Kan de minister inzichtelijk maken welke kosten het (deels) in stand houden van een COVID-19 testinfrastructuur met zich meebrengt? Ook willen deze leden graag weten wat de personele gevolgen zijn van het (deels) behouden van het test-instrumentarium. Hoeveel mensen zijn er heden ten dage bij de GGD in dienst ten behoeve van het testbeleid, worden deze mensen ook daadwerkelijk actief ingezet op dit moment en zijn deze mensen daadwerkelijk nodig voor het aantal testen dat nog bij GGD'en wordt afgenomen? Waarom schaaft de minister de externe testinfrastructuur niet helemaal af en belegt hij het testbeleid bij huisartsen en lokale GGD-departementen, naar eigen inzicht en vraag?

Wat vindt de minister van de berichtgeving over de enorme winsten van commerciële testaanbieders⁸, die deels werden gesubsidieerd door de overheid? Hoeveel heeft het rijk precies uitgegeven aan de ondersteuning van commerciële testaanbieders en op basis van welke criteria zijn deze subsidies toegekend? Hoe is de kwaliteit van de ingezette testen van deze aanbieders gegarandeerd en zijn er met deze aanbieders op voorhand afspraken gemaakt over het winsttoogmerk? Kan de minister overzicht geven van welke commerciële testaanbieders geld van de overheid hebben ontvangen, op basis van welke afspraken en welke winsten zijn gemaakt?

De leden van de Groep Van Haga willen graag weten hoe de minister reflecteert op de behoorlijk lage vaccinatiegraad voor de zogenaamde 'herhaalprikken'. Slechts 28 procent van de zorgmedewerkers heeft volgens de brief van de minister een herhaalprik gehaald en ook bij de groep mensen die behoort tot de medisch risicogroep, is de vaccinatiebereidheid inmiddels laag. Vindt de minister zelf niet dat het grootschalig en met grote drang gepaard gaande meermaals vaccineren met een vaccin dat qua effectiviteit duidelijk te wensen

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1911.

⁸ NOS, 28 februari 2023, 'Commerciële coronatestbedrijven verdienen miljoenen, wat doen ze nu?' (<https://nos.nl/artikel/2465549-commerciële-coronatestbedrijven-verdienden-miljoenen-wat-doen-ze-nu>).

overlaat een vergissing is geweest? Deze leden vragen zich voorts af waarom de minister in zijn Kamerbrief spreekt over ‘meerdere vaccinatierondes in 2023’ en of het recente, nieuwe advies van het OMT-V⁹ om niet langer bevolkingsbreed te gaan vaccineren dat voornemen heeft veranderd. Indien de minister toch nog voornemens is om (bepaalde bevolkingsgroepen) periodiek te gaan en blijven vaccineren, om hoeveel vaccinatierondes gaat het dan en gebaseerd op welke epidemiologische urgentie acht de minister het gerechtvaardigd om bevolkingsgroepen boven de twaalf jaar te vaccineren met een middel dat de meeste mensen in de samenleving niet nodig hebben, aangezien zij:

1. Geen gezondheidsrisico lopen;
2. De effectiviteit van het vaccin, bijvoorbeeld tegen transmissie, veel slechter is dan eerder gedacht;
3. De huidige (en eventueel nieuwe) varianten niet ziekmakender zijn dan de Omikronvariant, die al voor het overgrote deel van de bevolking ongevaarlijk was.

Deze leden wijzen de minister ook op de schriftelijke vragen van het lid Van Haga¹⁰ met betrekking tot de overcapaciteit van coronavaccinatielocaties en de grootschalige investeringen die overheden hebben gedaan in farmaceutische bedrijven die coronavaccins maken. Kan de minister hierop ingaan?

Daarnaast vragen genoemde leden waarom de minister zo lang heeft volhard in het (grootschalig) vaccineren van de bevolking tegen COVID-19, terwijl er nog altijd nauwelijks data beschikbaar is om uit te sluiten dat de vaccinaties niet (deels) in verband kunnen worden gebracht met ernstige bijwerkingen en/of (over)sterfte. Vindt de minister het niet verstandig om, in ieder geval zolang de epidemiologische situatie zich gunstig blijft ontwikkelen, het COVID-19-vaccinatieprogramma in zijn geheel en voor iedereen te staken en zo snel mogelijk werk te maken van de volgende tranche in het onderzoek naar de oversterfte, nu ook de test- en vaccinatiegegevens wel blijken te kunnen worden vrijgegeven? Acht de minister het niet noodzakelijk om deze periode te gebruiken om in kaart te brengen wat de eventuele effecten van deze nieuwe vaccins zijn op de volksgezondheid, zeker nu de berichtgeving over aanhoudende oversterfte en onverklaarbare (ernstige) gezondheidsklachten bij (jonge) mensen persisteert? Is de minister zich ervan bewust dat meerdere wetenschappers inmiddels aangeven dat het ontbreken van een verband tussen het COVID-19-vaccinatieprogramma en de oversterfte helemaal niet uitgesloten kan worden, omdat de data daarvoor ontbreekt? Kan de minister uiteenzetten hoeveel de bovengenoemde ‘meerdere vaccinatierondes’ het rijk zullen gaan kosten in 2023, indien de overheid toch besluit om periodiek bepaalde bevolkingsgroepen te blijven vaccineren? Hoeveel vaccindoses zullen er voor 2023 worden ingekocht, op basis van welke afnameverwachting? Hoeveel doses van het eiwitvaccin Novavax zullen uit leveringen van andere EU-lidstaten worden overgenomen, op basis van welke afnameverwachting en tegen welke prijs? Hoe groot is het surplus aan coronavaccinaties dat zal worden gedoneerd aan andere landen en hoeveel verlies zal Nederland hierdoor maken als gevolg van ingekochte, maar niet ingezette vaccinaties? Hoeveel gaat het afvoeren van vaccins die niet langer houdbaar zijn de Nederlandse staat kosten? Kunnen de gelden die worden gebruikt voor het voortzetten van het COVID-19-vaccinatieprogramma niet beter worden ingezet voor, bijvoorbeeld, het structureel opschalen

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 2021.

¹⁰ Vragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *capaciteit coronavaccinatielocaties en het advies van het OMT-V* (ingezonden 28 februari 2023). Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 2230)

van de zorgcapaciteit in Nederland en/of het inzetten op preventie en leefstijlverbetering van de Nederlandse bevolking? Denkt de minister niet dat daarmee op de lange termijn meer gezondheidswinst te behalen valt?

De leden van de Groep Van Haga zouden heel graag ten aanzien van de paragraaf over het oversterfte-onderzoek en data-toegang een toelichting willen van de minister met betrekking tot zijn keuze om de privacy op te geven als reden om de test- en vaccinatiegegevens niet vrij te geven voor het onderzoek naar oversterfte, aangezien de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) inmiddels heeft verklaard de minister meermaals te hebben gewezen op het feit dat deze gegevens wel degelijk konden worden vrijgegeven ten behoeve van het oversterfteonderzoek. Waarom heeft de minister zo lang volgehouden dat dit een probleem was, terwijl hij ervan op de hoogte was dat dit niet klopte? Vond de minister de aanhoudende oversterfte niet dusdanig urgent dat het oplopen van een half jaar vertraging met het onderzoeken van de oorzaken daarvan wat hem betreft onwenselijk was? Kan de minister concrete redenen geven voor het verstrekken van onjuiste en misleidende informatie aan de Kamer?

Bovendien vragen deze leden waarom de minister weigert om de onderzoeksopdracht van traject 3, lijn 2 en 3, uit te breiden met de oversterftecijfers over 2022. Acht de minister het voor de volledigheid niet belangrijk om juist ook het jaar waarin omvangrijke oversterfte zonder COVID-19 als duidelijk aanwijsbare oorzaak heeft plaatsgevonden mee te nemen in het onderzoek naar de aanhoudende oversterfte? Vindt hij het voor de evaluatie van het corona- en het vaccinatiebeleid niet van cruciaal belang om deze gegevens te includeren in het onderzoek? Vindt de minister niet dat het excluderen van de gegevens over 2022 een onvolledig beeld zal schetsen van de oorzaken van de oversterfte, aangezien er hierdoor een *confirmation bias* en een potentieel (statistisch) onevenredig groot aandeel aan COVID-19 als oorzaak zal worden toegeschreven? Wat zijn de criteria voor het overgaan tot 'eventuele vervolgstappen en nader onderzoek', als slechts de gegevens van 2020-2021 in traject 3 zullen worden meegenomen? Waarom bepalen deze onderzoeksresultaten of er ook onderzoek gedaan moet worden naar de oversterfte uit het jaar 2022 en welke andere voorwaarden worden hieraan gesteld?

De leden van de Groep Van Haga vragen de minister naar aanleiding van de paragraaf over het CTB wat zijn plannen zijn voor de Dienst Testen, nu de standby-operatie van Testen voor Toegang (TvT) is stopgezet. Wordt de DT nu opgeheven en zo nee, waarom niet?

Kan de minister aangeven wat de zogenaamde goederen-exit-strategie voor persoonlijke beschermingsmiddelen precies inhoudt en welke kosten er gemoeid zijn met het 'duurzaam verwerken' van overtollige beschermingsmiddelen? Hoe worden de nog bruikbare goederen verkocht en/of gedoneerd, aan wie en tegen welke prijs? Blijft de minister bij het standpunt dat Nederland niet soeverein hoeft te worden in de productie van medische hulpmiddelen en zo ja, hoe gaat hij er dan in ieder geval voor zorgen dat er altijd een adequate (nood)voorraad beschikbaar is voor het nationaal belang, zodat Nederland in het geval van een nieuwe gezondheids crisis niet opnieuw te maken krijgt met schaarste?

Afsluitend vragen deze leden zich af waarom nog steeds geen voortvarend werk is gemaakt van het adequaat ventileren van alle publieke binnenruimtes in Nederland. Kan de minister uitleggen waarom nog steeds niet alle scholen en kantoren zijn voorzien van up to date CO2-meters en waarom de minister blijkens zijn reactie in zijn Kamerbrief geen werk wil maken van een keurmerk voor deze meters, aangezien ventilatie het enige wetenschappelijk bewezen middel is dat werkt bij de bestrijding van het coronavirus?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister en van de bijlagen. Zij hebben hierover enkele vragen. Heeft de minister kennisgenomen van de zorgwekkende berichten dat de toekomst van het post-COVID-onderzoek in Nederland gevaar loopt?¹¹ Is de minister bereid om langdurig middelen vrij te maken voor Nederlands onderzoek naar post-COVID?

De leden van de SGP-fractie vragen hoe het op dit moment staat met de IC-capaciteit in Nederland. Kan de minister aangeven hoeveel IC-plekken op dit moment (zonder dat er sprake is van enige opschaling) in Nederland beschikbaar zijn? Kan de minister aangeven of het aantal beschikbare IC-bedden sinds het begin van de coronapandemie in 2020 is afgenomen, toegenomen of gelijk gebleven? Graag ontvangen genoemde leden een vergelijkend overzicht van de jaren 2020, 2021, 2022 en het huidige jaar. De leden van de SGP-fractie hebben begrepen dat het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam vorig jaar heeft besloten om in het kader van een gedwongen reorganisatietraject het aantal IC-bedden te verminderen. Klopt dit? Zijn er nog andere ziekenhuizen die vanwege financiële motieven hebben moeten besluiten om het aantal IC-bedden terug te schroeven?

Deze leden lezen dat de minister in gesprek is over de bekostiging van het opschalingsplan. Zij vragen hem hoe deze gesprekken verlopen en wat de knelpunten zijn. Wanneer komt hierover meer duidelijkheid?

De leden van de SGP-fractie vragen de minister om gelet op het laatste OMT-advies, zo spoedig mogelijk een wetsvoorstel in te dienen om de A-status van COVID-19 te schrappen. Is hij daartoe bereid?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief over diverse onderwerpen rondom COVID. Zij heeft daar een aantal vragen en opmerkingen over. Het genoemde lid vraagt aandacht voor de aanpassing van de periode waarover nu oversterfte onderzoek wordt gedaan. Zij meent dat het van belang is dat het jaar 2022 hierin ook wordt meegenomen, ook al vindt de minister dat zelf niet. Zoals hij aangeeft was er ook in 2022 sprake van oversterfte. Het lid van de BBB-fractie vindt het van groot belang dat achterhaalt wordt wat hiervan de oorzaak is. Het lid vindt het daarnaast van belang dat niet alleen het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onderzoek verricht, maar dat ook andere instituten daarnaar kijken. Het verzoek aan de minister is dan ook om dit in gang te zetten.

Het genoemde lid is opgelucht dat de minister geen separaat wetsvoorstel voor het CTB in procedure brengt. Wat het lid van de BBB-fractie betreft zien we dit 'gereedschap' niet meer terug. De negatieve gevolgen van dit soort gereedschappen zijn nog steeds voelbaar in de samenleving.

Het lid van de BBB-fractie heeft wat twijfels over de rol van het IGJ tijdens de pandemie. Zij vraagt of het beperken van de vrije meningsuiting van artsen nu echt een rol is voor de IGJ. Hoe kijkt de minister terug op deze periode en op de meldingen bij het IGJ en de vervolgacties die daarop zijn genomen? Is er op dit moment nog overleg tussen IGJ en de artsen die dit betreft? Had dit echt niet op een andere manier gekund?

¹¹ NOS, 27 februari 2023, 'Toekomst van longcovidonderzoek in Nederland onzeker' (<https://nos.nl/artikel/2465439-toekomst-van-longcovidonderzoek-in-nederland-onzeker>).

Genoemd lid begrijpt niet waarom de minister zo weinig vaart maakt met het onderwerp post-COVID. Er zijn veel mensen ziek gebleven na een COVID-infectie en de gevolgen hiervan zijn groot, voor henzelf en hun omgeving. De aandacht hiervoor staat in schril contrast tot de aandacht voor de pandemie zelf. Het lid van de BBB-fractie doet daarom (nogmaals) de oproep om zorg te dragen voor de zorg voor deze mensen en onderzoek te doen naar oorzaken en behandelingen.

Het lid van de BBB-fractie begrijpt niet waarom de minister de motie van het lid Van der Plas c.s.¹² inzake het aanwijzen van dierenartsen en paraveterinaire beroepen afdoet als ‘geen onderdeel van de lange termijn aanpak’. Zij is van mening dat dit juist nu geregeld kan worden. Wat is de reden om dit geen onderdeel van een lange termijn aanpak te laten zijn? In de ogen van het lid van de BBB-fractie is dit wel een erg makkelijke manier om een motie niet daadwerkelijk uit te voeren. Het lid wijst de minister erop dat dat niet de bedoeling is van aangenomen moties.

Vragen en opmerkingen van het lid Omtzigt

Het lid Omtzigt heeft kennisgenomen van de brief van de minister over de stand van zaken op een aantal COVID-19 onderwerpen. Onlangs, op 28 februari jongstleden, heeft het lid Omtzigt c.s. vragen gesteld over onderzoek naar post-COVID en daarbij gevraagd om beantwoording hiervan op uiterlijk 7 maart te ontvangen. Die antwoorden zijn vlak voor de deadline van deze inbreng binnengekomen en stellen het genoemde lid wat teleur. Hij heeft daarom een aantal vragen ten aanzien van deze beantwoording:

1. De minister stelt dat er dertien biomedische onderzoeken zijn, dan wel onderzoeken met een biomedische component. Hoeveel biomedische onderzoeken zijn er en hoeveel onderzoeken zijn er met een biomedische component? Kan de minister de lijst van dertien onderzoeken geven en voor elk van de onderzoeken aangeven wat de biomedische component is?
2. Al in juli 2022 vroeg de Kamer om een kennisagenda. In de Verenigde Staten kon een kennisagenda binnen vier maanden worden opgesteld. Kan de minister het rapport van de Verenigde Staten opvragen, bestuderen en aan de Kamer doen toekomen en vertellen waarom Nederland niet in staat is iets vergelijkbaars (met inderdaad een wat kleiner programma) te doen? Waarom is er na acht maanden nog steeds geen kennisagenda? Wat is er al die tijd gedaan?
3. In het antwoord geeft de minister aan dat een op de acht mensen die een infectie heeft doorgemaakt, langdurige klachten houdt. Kan de minister aangeven hoeveel mensen in Nederland een infectie hebben doorgemaakt en hoeveel mensen nu dus langdurige klachten hebben?
4. Kan de minister aangeven welke afspraken op 9 december in de Europese Raad gemaakt zijn over gezamenlijk EU-onderzoek of het delen van resultaten en het coördineren van onderzoek? Indien er geen afspraken gemaakt zijn, wat is daarvan dan de reden?

Ter aanvulling is het lid Omtzigt benieuwd of de minister heeft kennisgenomen van de ingevoerde patiëntenstops in academische centra voor mensen met post-COVID en hoe hij dit verbindt met de aangenomen moties om hiermee om te gaan. Klopt het dat de vergoeding één van de belangrijkste redenen is voor deze ingevoerde patiëntenstops en op welke termijn verwacht de minister dat deze stops opgeheven zijn? Zijn er gesprekken over de vergoeding gaande met zorgverzekeraars? Indien een verzekeraar niet in staat is om zijn verzekerden naar een COVID-poli te sturen, voldoet de verzekeraar dan de zorgplicht in de

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1692.

Zorgverzekeringswet? Ofwel, hoe lang moet de verzekerde op een wachtlijst staan voordat de NZa concludeert dat de zorgverzekeraar maar heeft te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt?

Het lid Omtzigt onderstreept het belang van het bundelen van kennis en expertise over post-COVID. Hij is benieuwd hoe het ondertussen staat met de uitvoering van de motie van de leden Hijink en Paulusma¹³ die al een tijd geleden, op 28 juni 2022 is aangenomen (Handelingen II 2021/22, nr. 100, item 10) en die oproept om tot een landelijk expertisecentrum voor behandeling van post-COVID te komen. De minister geeft in de onderliggende brief aan de Kamer aan dat hij niet in overeenstemming met de wens van de Kamer, geen voorkeur heeft voor een fysiek expertisecentrum op één plek. Het is voor het lid Omtzigt nog niet voldoende duidelijk wat hier de redenen voor zijn. Kan de minister dit nog verder toelichten? Ter aanvulling, kan de minister een update geven van de gesprekken met ziekenhuizen om tot dit landelijk expertisecentrum te komen?

Onlangs is het OMT-advies naar buiten gebracht en het verbaast het lid Omtzigt dat hier (nog steeds) geen heldere communicatie over is vanuit het ministerie hoe met dit advies wordt omgegaan en in hoeverre dit wordt overgenomen. Naast dat hier geen communicatie over is vanuit het ministerie, lezen mensen deze adviezen wel in de media en verwachten mogelijk dat dit advies bindend is en gedragen zich naar berichtgeving. Wat is volgens de minister de reden dat hier (nog) geen communicatie over is? Hoe reflecteert de minister zelf op de communicatie, zeker gezien de berichtgeving vanuit ziekenhuizen dat het aantal COVID-patiënten de laatste weken weer toeneemt? Er is al een aantal maanden ook een MIT. Hoe weegt de minister de adviezen van het OMT ten opzichte van het MIT? Hoe verhouden deze twee zich tot elkaar? In het licht van toegenomen besmettingen en de keuze voor minder (faciliteren van) testen: hoe blijft de minister vanuit het oog van publieke gezondheid, kwetsbaren beschermen en hoe wordt voorkomen dat de druk op de zorg weer te snel te hoog wordt? Bovendien vraagt het lid Omtzigt hoe deze plannen ter preventie en beschermen van kwetsbaren zich verhouden tot het Zorgakkoord.

Het genoemd lid vindt het goed dat de toezichthouder wil reflecteren op haar rol gedurende de coronacrisis om hiervan te leren en waar nodig te verbeteren. De toezichthouder is oren en ogen geweest gedurende de pandemie voor het ministerie en had en heeft daarmee ook veel invloed op totstandkoming van beleid. Het lid Omtzigt leest in de voorliggende brief van de minister dat uit evaluatieonderzoek van Bureau Berenschot naar voren komt dat externe gesprekspartners risico's signaleerden gedurende de coronacrisis als het gaat om rolvervaging tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de IGJ. Bijvoorbeeld als het gaat om betrokkenheid van de IGJ bij de totstandkoming van beleid en maatregelen, terwijl de IGJ tegelijk toezicht moet houden op de uitvoering hiervan in de praktijk en inmenging van adviezen of beleid. Maar ook zorgen om actieve inmenging bij opstellen van eigen adviezen. Het lid Omtzigt is benieuwd in hoeverre de minister dit herkent en hoe hij hier zelf op reflecteert. Wat kan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hier zelf van leren en worden stappen gezet om rolvervaging te voorkomen?

Hoewel het lid Omtzigt had verzocht om een aparte brief, wordt door middel van de update over oversterfteonderzoek en datatoegang in deze brief van de minister het verzoek van het lid Omtzigt op 17 januari jl. afgedaan. Genoemd lid benoemt hierbij dat het in zijn ogen veel te laat is dat vaccinatiegegevens en positieve testgegevens die door CBS zijn ontvangen, eindelijk beschikbaar worden gesteld voor onderzoekers. Onderzoek met gebruik van vaccinatiegegevens en positieve testuitslagen kan nu pas van start gaan. Hij leest dat voor de minister aanpassing van de onderzoeksperiode nu niet van pas komt. Het huidige oversterfte onderzoek wordt dus niet uitgebreid naar eerdere jaren.

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1892.

Het lid Omtzigt staat erop dat de volgende zaken geregeld worden:

- Het lopende onderzoek moet ook gaan over het jaar 2022, aangezien het jaar voorbij is, de data er zijn en er sprake was van een aanzienlijke oversterfte. Wil de minister daar in overleg met ZonMw voor zorgen?
- De analyses van de relatie tussen vaccinatie en sterfte moeten ten minste extern herhaald worden en met verklarende factoren. In een aantal groepen leidde vaccinatie tot wel 75% minder sterfte in de twee weken na vaccinatie. Het CBS zelf concludeert terecht dat dat vanwege een selectie effect moet zijn. Dat is meer dan genoeg reden voor onafhankelijk extern onderzoek, inclusief extra verklarende factoren.

Daarnaast vraagt het genoemde lid, aangezien afronding pas eind 2023 zal plaatsvinden, in hoeverre het mogelijk om tussenresultaten te delen.

Tot slot zou het lid Omtzigt graag een uitgebreide stand van zaken ontvangen over het pandemische verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de onderhandelingen daaromtrent en wanneer de Kamer daarover zaken krijgt voorgelegd.

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 brief met diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden danken de minister voor de stand van zaken met betrekking tot het coronavirus en de ontwikkelingen op dit gebied. Zij hebben nog vragen.

Genoemde lezen in de brief dat de cijfers van de verspreiding van het virus en de ziekenhuis- en IC-opnames vanaf begin januari een daling hebben ingezet die later stabiliseerde.

Inmiddels is echter weer een flinke stijging van opnames in de ziekenhuizen te zien.

Tegelijkertijd zien deze leden in de cijfers van afgenomen testen in de week van 21-28 februari jl. een daling. Zij merken op dat deze daling komt na het nieuwsbericht dat het Outbreak Management Team (OMT) aangeeft dat het testen- en isolatieadvies voor het algemeen publiek kan komen te vervallen.¹⁴ In hoeverre denkt de minister dat dit nieuwsbericht invloed heeft gehad op de testbereidheid van mensen met klachten?

Het is niet eenvoudig om de verschillende factoren die invloed hebben op de testbereidheid te onderscheiden. Uit het trendonderzoek van de RIVM gedragsunit blijkt in ieder geval dat ook vóór het verschijnen van het OMT-advies al een dalende trend zichtbaar was als het gaat om testen bij klachten. In mijn brief van 9 februari over de stand van zaken op een aantal COVID-19 gerelateerde onderwerpen gaf ik al aan dat het niet zorgelijk is dat de test aantallen laag zijn, gezien vanuit de gunstige epidemiologische situatie van destijds.¹⁵ De testvraag is sindsdien nog verder afgenomen. In de week van 13-19 maart hebben 84 mensen een test bij de GGD ingepland. In de week ervoor waren dit er 192.

Is de minister het met de leden van de VVD-fractie eens dat dit soort nieuwsberichten een negatief effect kunnen hebben op de bereidheid tot opvolgen van de nu nog geldende adviezen? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er goed, duidelijk en eenduidig gecommuniceerd gaat worden over de nog resterende adviezen? Worden tussen het OMT, Maatschappelijk Impact Team (MIT), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en andere betrokkenen afspraken gemaakt over communicatie en de effecten die deze communicatie kan hebben? Kan de minister in de beantwoording van dit verslag maar ook in zijn brief als reactie op het 146^e OMT-advies uitgebreid ingaan op hoe en met welk gewenst effect de communicatie over resterende adviezen wordt gedaan?

Zowel het OMT als MIT benadrukken terecht het belang van heldere publiekscommunicatie bij het onder de aandacht brengen van de generieke adviezen voor luchtweginfecties. De communicatie-acties, de gewenste effecten daarvan en de manier van afstemming over die communicatie worden uitgebreid toegelicht in de kabinetsreactie van 10 maart jongstleden op de adviezen van (onder meer) OMT en MIT. Deze acties zijn direct na versturen van bovengenoemde kabinetsreactie in gang gezet.

¹⁴ NOS, 23 februari 2023, 'OMT: testen op corona niet meer nodig, ziekte 'hoort erbij'
(<https://nos.nl/artikel/2465003-omt-testen-op-corona-niet-meer-nodig-ziekte-hoort-erbij>)

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 2012

De leden van de VVD-fractie lezen ook de cijfers omtrent COVID-vaccinatie. Is de minister tevreden met de vaccinatiegraad van de herhaalprikken?

Ik ben blij dat veel mensen ervoor hebben gekozen om een herhaalprik te halen. Met name voor 60-plussers en mensen jonger dan 60 jaar die tot de griepgroep behoren is het belangrijk om de bescherming tegen ernstige ziekte door COVID-19 op peil te houden. Hoewel het voor 60-minners zonder medisch hoog risico ook mogelijk is om een herhaalprik te halen, bevinden we ons nu in een andere fase van de pandemie. Ik hanteer daarom geen streefpercentage voor de vaccinatiegraad. Regionaal blijven de GGD'en zich inzetten om zo veel mogelijk mensen te bereiken die nog geen (herhaal)vaccinatie hebben gehaald en hen te informeren over de mogelijkheid om dit alsnog te doen.

Het percentage zorgmedewerkers met minimaal één eerdere COVID-19-vaccinatie die dit najaar een herhaalprik hebben gehaald, is 28%. Genoemde leden vinden dit percentage laag. Is de minister dat met deze leden eens? Wat is volgens hem de reden van dit percentage? Vindt hij het voor zowel de medewerkers als voor de mensen voor wie ze zorgen van belang dat dit percentage omhoog gaat? Zo ja, wat is hij bereid te doen om de herhaalvaccinatiegraad onder zorgmedewerkers te verhogen?

Vaccinatie draagt bij aan de persoonlijk bescherming tegen (ernstige) COVID-19. Ook kan het een (tijdelijk) effect hebben op de transmissie van het virus naar anderen. Door de opgebouwde immuniteit, in combinatie met de circulerende omikronvarianten, verloopt een infectie met het coronavirus over het algemeen nu relatief mild, ook bij ouderen en risicogroepen. De toegevoegde waarde van vaccinatie van zorgmedewerkers ter bescherming van cliënten is daardoor geringer geworden. Vaccinatie, ook de herhaalprik, blijft wel beschikbaar en ik hecht eraan dat eenieder hierover geïnformeerd is en zelf een besluit kan nemen over vaccinatie.

Er worden via de zorgkoepels specifiek informatiemateriaal, toegespitst op zorgmedewerkers, verspreid. Daarnaast zijn er gecombineerde campagnes actief die zowel de griepvaccinatie als de COVID-19-vaccinatie promoten, onder zorgmedewerkers. Het RIVM heeft verschillende e-learnings en webinars beschikbaar gesteld om zorgmedewerkers in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken. Gezien de endemische fase waarin wij ons momenteel bevinden, zie ik geen noodzaak om, naast het actief informeren, aanvullende acties in te zetten.

Tot slot, is het in de context van de huidige epidemiologische situatie van belang om de aandacht te leggen op de generieke maatregelen om besmetting van respiratoire infecties, waaronder griep en covid-19, te voorkomen. Het is van belang om aandacht te hebben voor het werken volgens de bestaande hygiënemaatregelen, procedures en werkprotocollen. Deze leden vragen daarnaast waarom het OMT/MIT wel tot een advies kan komen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen en zelftesten voor medisch kwetsbaren, maar de Gezondheidsraad niet? Heeft de minister hier een verklaring voor?

De Gezondheidsraad adviseert o.a. over interventies ten behoeve van de volksgezondheid, zoals vaccinaties en bevolkingsonderzoeken. Dat vereist een zorgvuldige afweging van de ernst en/of omvang van het gezondheidsprobleem, de effectiviteit, veiligheid, voor- en nadelen en doelmatigheid van een interventie. Hierbij baseert de raad zich op gepubliceerde wetenschappelijke onderzoeksgegevens. Voorwaarde voor een dergelijke wetenschappelijke afweging is dat er voldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn over de effecten van de interventie in de specifieke doelgroepen. Om de meerwaarde van het verstrekken van

persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en zelftesten in maat en getal te kunnen uitdrukken, zouden gecontroleerde studies nodig zijn in de doelgroep. Dergelijke gegevens zijn er niet. Belangrijker nog is de snel veranderende epidemiologie van het coronavirus. De ernst van het gezondheidsprobleem en de effectiviteit en doelmatigheid van de interventie zijn sterk afhankelijk van de infectiedruk en ziekmakendheid van het virus. Omdat deze per maand (of per seizoen) veranderen, als ook samenhangen met de op dat moment dominante variant van het virus, zou een wetenschappelijke weging door de Gezondheidsraad slechts een momentopname zijn.

Daarnaast is het de vraag of dit type wetenschappelijke evidentie noodzakelijk is om tot een besluit over een regeling te komen. Zo heeft het Outbreak Management Team (OMT) eerder geadviseerd over het gebruik van mondneusmakers tegen COVID-19-infectie, met name bij personen met een verminderde afweer, op basis van een logische deductie van de werking van mondneusmaskers en de epidemiologische situatie. Datzelfde geldt voor de meerwaarde van PBM en zelftesten in relatie tot andere maatregelen bij kwetsbare groepen. Bovendien wil gebrek aan sluitend wetenschappelijk bewijs niet per se zeggen dat de overheid niet zou mogen of moeten besluiten de regeling voor PBM te verlengen; er kunnen andere (sociaalmaatschappelijke en economische) overwegingen zijn om dat besluit toch te nemen, overwegingen waarop ook het MIT wijst. Het kabinet heeft daarom besloten de vraag over PBM voor medisch kwetsbare groepen voor te leggen aan OMT en het MIT.

Daarnaast lezen en ondersteunen de leden van de VVD-fractie de wens van de minister om kennis en expertise over COVID te bundelen en dat de minister niet wil dat er een fysiek expertisecentrum op één plek komt. Welke alternatieve varianten van bundeling van expertise zijn er volgens de minister mogelijk?

Het is van groot belang om kennis en expertise over post-COVID te bundelen en er zijn verschillende varianten mogelijk om dit te realiseren. Ik ben met C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in gesprek over de wijze waarop een expertisecentrum het beste vorm gegeven kan worden. Ook de patiëntenorganisaties worden daarbij betrokken.

Genoemde leden verwachten meer actie op het gebied van post-COVID, zeker nu ook bekend is geworden dat twee grote post-COVID -poliklinieken in Amsterdam en Rotterdam de deuren hebben moeten sluiten voor nieuwe patiënten.¹⁶ Waar kunnen patiënten met langdurige post-COVID nog terecht en is dit voldoende bekend bij deze patiënten?

Post-COVID patiënten kunnen terecht in de eerste en de tweede lijn. Zorgverlening aan deze groep zal grotendeels daar plaatsvinden. De behandelend arts kan patiënten, indien medisch noodzakelijk, door verwijzen naar een academisch centrum.

Mensen kunnen daarnaast bij verschillende instanties terecht, zoals bij PostCovid NL. PostCovid NL is onderdeel van het Longfonds en treedt op als patiëntvertegenwoordiger, waarbij informatievoorziening en lotgenotencontact belangrijke elementen zijn. Ook kunnen mensen met klachten langer dan drie maanden terecht bij C-support voor een integrale aanpak (het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het (psycho-)sociale domein).

¹⁶ de Volkskrant, 3 maart 2023, 'Poliklinieken moeten patiënten met postcovid weigeren, de zorg is niet meer te betalen' <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/poliklinieken-moeten-patienten-met-postcovid-weigeren-de-zorg-is-niet-meer-te-betalen~be9b0100/>.

Genoemde leden willen graag een actieplan met daarin aandacht voor onderzoek, richtlijnen, revalidatie, sociale zekerheid en financiering. Hoe staat de minister hiertegenover? Is hij bereid het voortouw hierin te nemen en met partijen tot een uitvoerbaar plan te komen?

De verschillende aspecten in de vraag van genoemde leden zijn allemaal belangrijk bij het helpen komen tot een effectieve behandeling. Vanuit mijn portefeuille richt ik me daarbij op onderzoek en kennis rond post-COVID. De afgelopen periode heb ik mij dan ook via verschillende sporen ingezet ten behoeven van post-COVID: lopend nationaal onderzoek ondersteunen, opdracht geven tot het samenvoegen van onderzoek tot een kennisagenda en het in kaart brengen van kennishiaten. Er lopen op dit moment nationaal verschillende onderzoeken, inmiddels voor een bedrag van ruim 14 miljoen euro:

- 10 miljoen euro voor onderzoek naar de diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg van post-COVID via ZonMw (20 onderzoeken);
- Circa € 1 miljoen voor post-COVID-onderzoek in het COVID-programma van het RIVM voor de periode 2021 t/m 2023;
- € 0,5 miljoen voor onderzoek bij C-support.

In maart opende ZonMw een nieuwe subsidieoproep voor innovatieve onderzoeken naar diagnostiek en behandeling van met name post-COVID. Er zijn op dit moment (nog) geen tests beschikbaar om post-COVID te diagnosticeren en de behandelmogelijkheden voor het verminderen of wegnemen van de klachten en oorzaken zijn nog beperkt. Hiervoor is 3 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Ook werk ik aan de oprichting van een expertisecentrum post-COVID omdat het van groot belang is om kennis en expertise over post-COVID te bundelen. Ik ben met C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in gesprek over de wijze waarop een expertisecentrum het beste vorm gegeven kan worden. Ook de patiëntenorganisaties zullen daarbij betrokken worden. Daarnaast ben ik de financiering aan het inregelen voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven. Tevens kan ik u daarbij een overzicht geven van mijn inzet voor post-COVID.

Hoe gaat de minister voorkomen dat het niet meer kunnen aannemen van nieuwe patiënten leidt tot een toename in het aanbod en gebruik van charlatans met zogenaamde post-COVID-behandelingen, zoals oorpiercings?

Ik deel uw zorgen over charlatans. Wij delen de mening dat niet effectieve, of zelfs schadelijke behandelingen, niet gewenst zijn. Vandaar dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) dan ook tegen excessen op kan treden. Daarnaast zet ik mij via verschillende sporen in ten behoeve van post-COVID: ondersteuning van lopend nationaal onderzoek, inmiddels voor ruim 14 miljoen euro, samenvoeging van onderzoek tot een kennisagenda, in kaart brengen van kennishiaten en inzet op het Europese terrein. Ook werk ik aan de oprichting van een expertisecentrum post-COVID. Tot slot ben ik de financiering aan het inregelen voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven.

Is de minister in gesprek met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en zorgverzekeraars over hoe kwakzalverijpraktijken tegen te gaan en hoe ervoor gezorgd kan worden dat patiënten zich niet (uit terechte wanhoop) inlaten met niet-passende zorg?

Het staat cliënten vrij om te kiezen voor alternatieve zorg. In het kader van goed hulpverlenerschap op grond van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) is de hulpverlener verplicht om een cliënt die een reguliere behandeling afwijst, te informeren over de consequenties van het uit- of afstellen van de reguliere behandelwijze van de gezondheidstoestand voor de cliënt. De reguliere behandelmethoden en de gezondheidsvooruitzichten van de reguliere geneeskunde moeten uitdrukkelijk zijn besproken en uitgelegd aan de cliënt. Hier geldt dus voor alternatieve zorgverleners een zware informatie- en dossierplicht. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg verleent een alternatieve zorgaanbieder slechts zorg die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de client, waarbij ook de rechten van de client in acht worden genomen. De IGJ houdt toezicht op zorg die wordt verleend door alternatieve zorgaanbieders.

Tot slot lezen de leden van de VVD-fractie in het meest recente OMT-advies dat zowel ziekenhuizen als de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) aangeven te willen stoppen met de registratie van ziekenhuisopnames op verpleegafdelingen aan het einde van het griepseizoen 2022/2023 vanwege de hoge registratielast. Genoemde leden vinden het belangrijk dat goed zicht blijft op de ziekenhuisopnames, maar ook dat administratieve lasten zoveel als mogelijk verminderd worden. Ziet de minister mogelijkheden voor het bijhouden van ziekenhuisopnames op verpleegafdelingen op een manier die tot minder registratielast leidt voor de professionals?

Het is belangrijk dat de registratielast voor zorgprofessionals tot een minimum wordt beperkt. De vragen die nu leven rond data-aanlevering in het kader van COVID-19 moeten ook goed aansluiten op, en in samenhang worden gezien met andere lopende trajecten. Door het benutten van bestaande structuren, voort te bouwen op hetgeen er in COVID-19-crisis is opgebouwd en geleerd, te verkennen welke informatie in welke fase minimaal benodigd is, en hoe deze informatie zo veel als mogelijk geautomatiseerd kan worden verkregen en aangeleverd, werken we toe naar een gezamenlijk perspectief voor de invulling van data-aanlevering op de lange termijn. Ik heb alle Nederlandse ziekenhuizen daarom eind maart, via de ROAZ-regio's, een brief gestuurd dat ik een traject start om te werken aan het toekomstbestendig en goed werkbaar inrichten van deze registraties. Daarbij houden we zowel de druk op de zorg goed in beeld, houden we inzicht in de (beschikbare) capaciteit van ziekenhuizen, en monitoren we het virus en de effecten daarvan. Ik zal hierbij, naast brancheverenigingen van ziekenhuizen, ook partijen als NICE R&S, het LCPS en het RIVM nauw betrekken. Met dit traject werken we ernaar toe om vóór de zomer met een door deze partijen gedragen voorstel te komen. Ik heb de ziekenhuizen nadrukkelijk verzocht om in ieder geval tot de oplevering van dit voorstel gegevens ten behoeve van het monitoren van de COVID-19 zorg te blijven verzamelen en aan te leveren aan NICE R&S en LCPS.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de stand van zaken brief over COVID-19-gerelateerde onderwerpen. Zij hebben nog een aantal vragen. Flexibiliteit van het stelsel is in het kader van pandemische paraatheid erg belangrijk. Daarom vragen deze leden in welk tijdsbestek de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) weer op de capaciteit van 100.000 testen kunnen staan, mocht dit nodig zijn.

De kans dat opschaling op korte termijn nodig is, wordt door experts klein geacht. Mocht er toch een variant komen die én een ernstig ziektebeeld geeft in de algehele populatie én zich snel verspreidt én die onvoldoende door een antigeen(zelf)test herkend wordt, kan het zijn dat er weer opgeschaald moet worden. In het verleden is gebleken dat bij een dergelijk scenario verspreiding niet volledig ingedamd kan worden door testen en isolatie alleen en dat er dan aanvullende (contactbeperkende) maatregelen voor het algemeen publiek nodig kunnen zijn.¹⁷

In mijn brief van 9 februari jl.¹⁸ informeerde ik u over het besluit om de GGD-en de ruimte te geven om de testfaciliteiten anders in te richten en niet meer klaar te staan voor 100.000 testen. Het OMT acht de kans klein dat grootschalige inzet van PCR-testen nog nodig is. Het sluiten van de teststraten brengt mee dat het veel tijd zal kosten om een eventuele testinfrastructuur opnieuw vorm te geven. Met het oog op het OMT-advies, is dat in deze fase van de pandemie een passende keuze.

Momenteel wordt in beeld gebracht hoe indien nodig met beperkte kosten een adequate paraatheid voor COVID-19 kan worden bewaard, bijvoorbeeld door het aanhouden van raamcontracten en onderhouden van bestaande IV-infrastructuur.

Kan de minister schetsen hoe de adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) meegenomen worden in het inrichten en afschalen van het stelsel op dit moment?

De OVV gaf de aanbeveling om bij de bestrijding van pandemische infectieziekten de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de minister van VWS de bevoegdheid heeft overstijgende problemen effectief aan te kunnen pakken. Met onder meer de oprichting van een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) is ingezet op een betere voorbereiding op toekomstige pandemieën. Ook het beleidsprogramma pandemische paraatheid draagt bij aan de benodigde kennisontwikkeling en -versterking over modellering, gedrag en virusverspreiding en -detectie. Met dit kader wordt er daarnaast vanaf 2023 al geïnvesteerd in de benodigde capaciteit van de GGD'en.

Er zijn veel mensen die nog dagelijks last hebben van post-COVID. Kan de minister een update geven over zijn voortrekkersrol op onderzoek op EU-niveau?

Post-COVID klachten hebben grote invloed op de levens van mensen. Er is nog veel onbekend over de oorzaken en behandeling hiervan. Het kabinet wil daarom Europees de krachten bundelen op het gebied van post-COVID. Mede dankzij Nederlandse inzet neemt de Europese Commissie het initiatief voor het oprichten van een Europees expertisenetwerk post-COVID. De Nederlandse inzet is dat een Europees expertisenetwerk post-COVID focust op kennisdeling en het identificeren en invullen van kennislücken. Op 8 maart jl. heb ik een brief gestuurd naar de Europese Commissie met daarin een oproep om een Europees expertisenetwerk post-COVID langs deze lijnen uit te werken. Tevens heb ik post-COVID geagendeerd voor de EU-Gezondheidsraad van 14 maart jl. (Kamerstuk 21 501-31, nr. 695) Tijdens deze EU-Gezondheidsraad heb ik de oproep gedaan dat het belangrijk is om op Europees niveau kennis en expertise te delen en een gemeenschappelijke kennisagenda op te stellen. Daarbij is het van belang dat onderzoeksresultaten zo snel mogelijk terechtkomen bij onderzoekers, patiënten en zorgverleners en dat alle EU-lidstaten hieraan actief bijdragen. Deze oproep is positief ontvangen door zowel de Europese Commissie als door andere EU-

¹⁷ [OMT 146 | 23 februari 2023 | RIVM](#)

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 2012

lidstaten De Europese Commissie is momenteel bezig om een Europees expertisenetwerk post-COVID uit te werken. Het is mijn inzet dat Nederland hierbij nauw betrokken blijft. Ook heeft de Europese Commissie 50 miljoen euro extra uitgetrokken voor post-COVID onderzoek.

Kan de minister schetsen hoe Nederland zich verhoudt tot andere Europese landen als het gaat over (onderzoek naar) post COVID?

Veel EU-lidstaten zijn - net als Nederland - bezig met het verrichten van onderzoek naar post-COVID. Onderzoek dat moet leiden tot effectieve behandelingen waarmee mensen met post-COVID weer perspectief krijgen. Mede dankzij de Nederlandse inzet neemt de Europese Commissie het initiatief voor het oprichten van een Europees expertisenetwerk post-COVID. Een Europees expertisenetwerk post-COVID geeft meer inzicht in de stand van zaken in EU-lidstaten ten aanzien van (onderzoek naar) post-COVID. Het is immers belangrijk dat Europese lidstaten kennis ten aanzien van post-COVID delen én gezamenlijk lacunes in onderzoek identificeren en invullen.

In hoeverre heeft de conclusie van de Autoriteit Persoonsgegevens inzake datadeling binnen de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) effect op de onderzoekssamenwerking met andere Europese landen?

Het advies van de Autoriteit Persoonsgegevens van 13 februari 2023¹⁹ ziet op de specifieke juridische kaders voor het delen van medische gegevens in het kader van het Oversterfteonderzoek. De adviezen van de AP hebben geen directe betrekking op onderzoekssamenwerking met andere Europese landen.

Verder vinden genoemde leden het goed te lezen dat de minister zich wil inzetten voor bescherming van kwetsbare groepen op de langere termijn. Deze leden vragen of hier verder op in gegaan kan worden.

De laatste specifieke corona-adviezen zijn vervangen door nieuwe, generieke adviezen die helpen om verspreiding van luchtwegvirussen te beperken en zo ook mensen met een kwetsbare gezondheid te beschermen. Het kabinet blijft kosteloos mondneusmaskers en zelftesten verstrekken via apotheken voor medisch kwetsbaren, mantelzorgers en voor PGB-zorgverleners en PGB-budgethouders. Deze regeling loopt voornamelijk tot 1 januari 2024. Daarnaast roept het kabinet actief op om rekening te houden met de groep mensen met een kwetsbare gezondheid. Deze boodschap is onderdeel van de algemene corona communicatie. Zo wordt aangegeven dat het altijd verstandig is om thuis te blijven als je ziek bent, bij lichte klachten te overleggen met je werkgever of je thuis kunt werken, fysiek contact met kwetsbaren te beperken, in je elleboog te hoesten of te niezen, regelmatig handen te wassen en voor voldoende frisse lucht te zorgen. De communicatie over het rekening houden met mensen met een kwetsbare gezondheid wordt onder andere meegenomen in de advertenties in dagbladen en huis- aan-huisbladen, in de Steffie-module, in de algemene flyer over 'Hoe gaat Nederland nu om met corona' en op social media.

Daarnaast wordt een Steffie-module (een website waarop moeilijke dingen op een gemakkelijke manier worden uitgelegd) ontwikkeld om kwetsbare groepen op een zeer toegankelijke wijze te informeren over de nieuwe algemene luchtweginfectie-adviezen. Met Vilans wordt besproken of zij op hun website (die veel bezocht wordt door mensen met een

¹⁹ [Advies_ap_onderzoek_oversterfte.pdf \(autoriteitpersoonsgegevens.nl\)](#)

kwetsbare gezondheid) meer handvatten kunnen bieden. Dit laatste is nadrukkelijk naar voren gekomen in een overleg met belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen uit de doelgroep.

De Gezondheidsraad stelt dat het te weinig aanknopingspunten ziet om tot een voldoende wetenschappelijk onderbouwd advies te komen. Hoe komt dit? Welke stappen zijn nodig om tot voldoende concrete wetenschappelijke aanknopingspunten te komen? Is er een schatting van hoeveel mensen op dit moment in langdurige thuisisolatie zitten door hun kwetsbare gezondheid en COVID-19?

De Gezondheidsraad adviseert o.a. over interventies ten behoeve van de volksgezondheid, zoals vaccinaties en bevolkingsonderzoeken. Dat vereist een zorgvuldige afweging van de ernst en/of omvang van het gezondheidsprobleem, de effectiviteit, veiligheid, nadelen en doelmatigheid van een interventie. Hierbij baseert de raad zich op gepubliceerde wetenschappelijke onderzoeksgegevens. Voorwaarde voor een dergelijke wetenschappelijke afweging is dat er voldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn over de effecten van de interventie in de specifieke doelgroepen. Om de meerwaarde van het verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en zelftesten in maat en getal te kunnen uitdrukken zouden gecontroleerde studies nodig zijn in de doelgroep. Dergelijke gegevens zijn er niet en het laten uitvoeren van wetenschappelijke studies kost tijd en is zeer kostbaar. Belangrijker nog is de snel veranderende epidemiologie van het coronavirus. De ernst van het gezondheidsprobleem en de effectiviteit en doelmatigheid van de interventie zijn sterk afhankelijk van de infectiedruk en ziekmakendheid van het virus. Omdat deze per maand (of per seizoen) veranderen, alsook samenhangen met de op dat moment dominante variant van het virus, zou een wetenschappelijke weging door de Gezondheidsraad slechts een momentopname zijn.

Daarnaast is het de vraag of dit type wetenschappelijke evidentie noodzakelijk is om tot een besluit over een regeling te komen. Zo heeft het Outbreak Management Team (OMT) eerder geadviseerd over het gebruik van mondneusmakers tegen COVID-19-infectie, met name bij personen met een verminderde afweer, op basis van een logische deductie van de werking van mondneusmaskers en de epidemiologische situatie. Datzelfde geldt voor de meerwaarde van PBM en zelftesten in relatie tot andere maatregelen bij kwetsbare groepen. Bovendien wil gebrek aan sluitend wetenschappelijk bewijs niet per se zeggen dat de overheid niet zou mogen of moeten besluiten de regeling voor PBM te verlengen; er kunnen andere (sociaalmaatschappelijke en economische) overwegingen zijn om dat besluit toch te nemen, overwegingen waarop ook het MIT wijst. Het kabinet heeft daarom besloten de vraag over PBM voor medisch kwetsbare groepen voor te leggen aan OMT en het MIT. Er zijn verder geen cijfers bekend van het aantal mensen dat momenteel nog in langdurige thuisisolatie zit.

Hoeveel pakketten met mondkapjes en zelftesten worden op dit moment verstrekt?

Op dit moment worden er landelijk totaal ongeveer 400 pakketten met persoonlijke beschermingsmiddelen per maand verstrekt door apothekers.

Ook lezen de leden van de D66-fractie dat er een voorraad monovalente mRNA-vaccins bestaat. Hiervan zal een deel niet geprikt of gedoneerd gaan worden. Onlangs adviseerde de Gezondheidsraad om alleen de doelgroep van kinderen van vijf tot twaalf jaar te vaccineren bij ernstige medische aandoeningen. Niet omdat er iets was veranderd aan de veiligheid, maar onder andere door het verloop van de pandemie. Genoemde leden vragen in dit kader of de minister bereid is om deze vaccins gratis beschikbaar te maken bij de doelgroep van

kinderen van vijf tot twaalf jaar zonder medische indicatie, indien ze ongebruikt dreigen te blijven.

De Gezondheidsraad benoemt in het advies van 10 januari 2023 inderdaad dat er in de huidige epidemiologische situatie geen medische noodzaak is om gezonde kinderen te vaccineren tegen COVID-19. De ziektelast is voor kinderen zonder medisch verhoogd risico beperkt. Daarbij benoemt de Gezondheidsraad dat de overheid de belangen van kinderen moet beschermen door erop toe te zien dat vaccinatie altijd een zekere mate van gezondheidswinst oplevert voor henzelf. Dat is alleen het geval bij kinderen van 5 tot en met 11 jaar met een verhoogd risico op ernstige COVID-19. Op basis van deze afwegingen heb ik besloten om de vaccins niet meer (noch gratis noch tegen betaling) beschikbaar te stellen voor kinderen zonder medische indicatie, aangezien dit niet leidt tot aanmerkelijke gezondheidswinst en dit moet worden afgezet tegen de beperkte nadelen van vaccinatie, bestaande uit veelal milde en tijdelijke bijwerkingen. Het surplus aan COVID-19-kindvaccins wordt daarom waar mogelijk gedoneerd.

De mogelijke inzet van het Corona Toegangsbewijs (CTB) wordt afgeschaald. Ook wordt de stand-by-operatie voor Testen voor Toegang gestopt. In dit kader vragen deze leden in hoeverre dit effect heeft op de sectorplannen en de maatregelenladders voor de sectorale aanpak van COVID-19.

Het CTB is niet opgenomen in de eerste tranche Wet publieke gezondheid (WPG). Zoals eerder aangegeven in de Kamerbrief van 16 september jl. zou een separaat wetsvoorstel te overwegen zijn ter ondersteuning van de sectorplannen, waarin onder voorwaarden de inzet van een CTB, mits daarvoor bij uw Kamer draagvlak is. Er is gebleken dat dit draagvlak er onvoldoende is. Het kabinet heeft daarom geen separaat wetsvoorstel in procedure gebracht. Daardoor kan het CTB op dit moment niet ingezet worden door de dertien sectoren die dit als wenselijke maatregel hebben opgenomen in hun sectorplan. Andere maatregelen uit de sectorplannen kunnen wel worden ingezet. Sectorplannen en maatregelenladders blijven dan ook uitgangspunt voor besluitvorming kabinet. Gelet op de huidige epidemiologische situatie is het niet nodig de sectorplannen opnieuw tegen het licht te houden. Ook kan het CTB niet worden ingezet bij een mogelijk toekomstige opleving van COVID-19 of een andere A-ziekte met pandemisch potentieel.

Onder andere de evenementensector, de cultuursector en de horeca hebben het CTB opgenomen in hun plannen. Is er met hen gesproken over vervangende instrumenten om maatwerk in de toekomst te garanderen? Om paraat te staan voor mogelijke toekomstige pandemieën, zien de leden van de D66-fractie namelijk een grote meerwaarde in sectorplannen op maat.

Er is met de diverse sectoren die het CTB hebben opgenomen in hun sectorplannen gesproken over het ontbreken van het CTB in het wetsvoorstel eerste tranche wijziging Wpg. Het ontbreken van het CTB als vervangend instrument voor 1,5 meter en/of een mondkapjesplicht betekent voor sommige sectoren de facto sluiting. In diverse Kamerdebatten is gebleken dat er onvoldoende politiek draagvlak is om het CTB op te nemen in de Wpg. Er is geen vervangend instrument voor het CTB.

De langetermijnaanpak heeft betrekking op de bestrijding van COVID-19. Toekomstige infectieziekten kunnen anders van aard zijn en dan zal opnieuw bekeken moeten worden welke maatregelen proportioneel zijn. Het kabinet onderzoekt dit jaar nader of aanvullende

specifieke bevoegdheidsgrondslagen, waaronder bijvoorbeeld een algemeen toegangsbewijs, noodzakelijk en proportioneel zijn voor het bestrijden van een mogelijke (dreigende) epidemie van infectieziekten behorend tot groep A1. Naar aanleiding van dit onderzoek zal worden gekeken of en bij welke tranche grondslagen dienen te worden toegevoegd aan de Wpg. Dit voorjaar zal ik beide Kamers informeren hoe dit onderzoek wordt vormgegeven.

Ten slotte lezen deze leden dat de minister gaat bekijken of het opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) ook toe te passen is op andere crises en omstandigheden. Kan hij hier verder over uitweiden?

De afspraken uit het LNAZ opschalingsplan kunnen ook worden ingezet voor andere typen crises waarbij de zorgvraag het zorgaanbod overstijgt. De principes uit het LNAZ opschalingsplan worden dan ook meegenomen in de uitwerking van de beleidsopgave zorg binnen het beleidsprogramma pandemische paraatheid, waarover ik uw Kamer in de brief van 4 november heb geïnformeerd²⁰. Het opschalingsplan benoemt bijvoorbeeld het belang van regionale samenwerking, coördinatie en optimalisatie van vervoersmogelijkheden bij oplopende druk in ziekenhuizen. Het zorgveld levert hiervoor grote inspanningen. Vanuit het ministerie van VWS wordt bekeken in hoeverre deze adviezen breed toepasbaar zijn op diverse omstandigheden en waar dit het geval is, te bepalen op welke manier een bijdrage geleverd kan worden aan totstandkoming van deze benodigde voorbereidingen op een eventuele volgende pandemie. Dat zal enerzijds liggen in het verstevigen van de al bestaande basis in de reguliere zorg en anderzijds in gerichte voorbereiding op een eventuele volgende pandemie, in de hoop dat we hiermee eventuele obstakels hebben weggenomen om voldoende pandemisch paraat te zijn.

Welke partijen zijn betrokken bij deze gesprekken en wat is het tijdsplan?

In de gesprekken die worden gevoerd in het kader van het beleidsprogramma pandemische paraatheid wordt een brede vertegenwoordiging vanuit het zorgveld meegenomen. De beleidsopgaven en de onderwerpen daarbinnen kennen een gefaseerde uitwerking. De verschillende onderwerpen hebben ieder hun eigen dynamiek en tempo. Voor het beleidsprogramma heeft dit kabinet een periode van vier jaar uitgetrokken. De komende jaren zal het programma verder vorm krijgen en verder uitgevoerd worden. Uw Kamer wordt jaarlijks geïnformeerd over de voortgang en eventueel tussendoor op de separate onderdelen waar relevant.

Worden de lessen uit de OVV-rapporten ook meegenomen bij deze verkenning, om zo te komen tot een stelsel waarin de pandemische paraatheid goed ingeregeld is?

De lessen uit het OVV-rapport worden hier uiteraard in meegenomen. De OvV concludeerde eerder dat de gezondheidszorg in Nederland decentraal is georganiseerd, met een hoge mate van autonomie voor zorginstellingen en zorgprofessionals. In tijden van crisis ontbreekt het daarmee aan een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden. Ik werk daarom aan sluitende samenwerkingsketens die ook functioneren als de noodzaak tot instellings- en sector-overstijgende (en dus: landelijke) afspraken en sturing toeneemt. Zo wordt er onder andere gewerkt aan het creëren van duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden in de

²⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1964

curatieve, langdurige, en publieke gezondheidszorg in crisistijd, zowel regionaal als landelijk. Daarnaast wordt zoals hiervoor vermeld op verschillende manieren gewerkt aan regionale samenwerking, waarmee een stevige basis wordt gelegd in de reguliere situatie om ook voorbereid te zijn op tijden van crisis. Ik verken daarbij de mogelijkheden voor een vorm van doorzettingsmacht, wanneer de (pandemische) situatie dusdanig is dat dit noodzakelijk is om de continuïteit van zorg te kunnen blijven borgen.

Wanneer kan de Kamer de uitkomsten verwachten van de gesprekken over de bekostigingsafspraken?

Samen met verschillende veldpartijen verken ik momenteel verschillende mogelijkheden om de beschikbaarheid van 1150 IC-bedden van een passende bekostiging te voorzien. Echter, het vraagstuk is bijzonder complex en vergt de nodige afstemming met, en tussen, verschillende veldpartijen. Ik informeer uw Kamer hier zo snel mogelijk nader over.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen. Zij betreuren het besluit van de minister om geen keurmerk in te richten voor CO2-meters, ondanks dat dit jaren kan duren. Het gaat hier immers ook over de lange termijn aanpak van corona of andere pandemieën. Sinds wanneer is het gegeven dat het ontwikkelen van een keurmerk geen eenvoudig proces is, een argument om het dan maar niet te doen? Deze leden hechten aan betrouwbare informatie omtrent CO2-meters en vragen de minister zijn besluit te heroverwegen.

Het kabinet onderschrijft dat betrouwbare informatie omtrent de kwaliteit van CO2-meters van belang is. Er zijn dan ook al diverse instrumenten en organisaties die hierin voorzien. Zo adviseert het onafhankelijk kenniscentrum Ruimte-OK scholen over de kwaliteit van CO2-meters. Verder heeft de branchevereniging Binnenklimaat Nederland een register met geschikte CO2-meters. Daarnaast is voor eigenaren en beheerders van publieke binnenruimtes de handreiking ‘Ventileren zo gedaan’ beschikbaar. Ook adviseren GGD'en regulier over een gezond binnenklimaat, onder andere via de website www.ggdleefomgeving.nl en door vragen te beantwoorden van inwoners.

Waarom handelt de minister van Volksgezondheid zo slecht als het gaat om een gezond binnenklimaat? Waarom neemt de minister zijn verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en dus voor een gezond binnenklimaat niet?

Een gezond binnenklimaat is belangrijk en kan helpen om besmetting met respiratoire virussen te voorkomen. Daarom is het belang van ventileren onderschreven als onderdeel van de generieke adviezen om luchtweginfecties te voorkomen. In de communicatie is ook extra aandacht voor wat aan een gezond binnenklimaat kan bijdragen, zoals ervoor zorgen dat regelmatig verse lucht een gebouw in wordt gebracht. Voor alle organisaties/bedrijven is de Algemene hygienerichtlijn van het RIVM beschikbaar en kan deze paragraaf worden gebruikt voor normen over o.a. ventilatie: <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/algemeen#52-infectiepreventie-binnenlucht>. De coronapandemie heeft onderstreept dat goede ventilatie een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van besmettingen bij een infectieziekte waarin aerogene transmissie een rol speelt. Het is echter geen middel waarmee alle besmettingen binnen een ruimte kunnen worden voorkomen. Daarom heeft het ministerie van VWS

geïnvesteed in kennisontwikkeling door onderzoek en kennisdeling met communicatiecampagnes over het belang van ‘frisse lucht’ in binnenruimtes. Meer kennis over en betere bewustwording van goede ventilatie kan beheerders en gebruikers van gebouwen helpen bij het realiseren van een gezond binnenklimaat.

*CO2-Meters hebben immers een bredere functie dan het verminderen van aerogene transmissie van virussen en andere ziekteverwekkers, ze geven met de aanwezigheid van CO2 in de lucht aan hoe goed een binnenruimte geventileerd is. Dat is van belang voor een goede volksgezondheid, toch? Als de minister het niet van de leden van de PVV-fractie wil aannemen, waarom negeert de minister dan de noodoproep van de artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en 70 zorgorganisaties die erop wijzen dat de toegenomen armoede van afgelopen winter en het niet kunnen stoken en ventileren leidt tot een explosieve toename van ziekte?*²¹

Het klopt dat CO2-meters bij goed gebruik een proxy-indicator kunnen zijn voor de kwaliteit van ventilatie in een ruimte. En ik ben het ook met de leden van de PVV-fractie eens dat voldoende frisse lucht belangrijk is voor een gezond binnenklimaat. Daarom is ‘zorgen voor voldoende frisse lucht’ ook opgenomen in de generieke adviezen om luchtweginfecties te voorkomen. Dit laat onverlet dat het kabinet zich op diverse manieren inspant om gezondheidsverschillen door armoede te voorkomen.

Kan de minister begrijpen dat deze leden woest zijn om het feit dat de minister zijn taak voor de volksgezondheid als het gaat om een gezond binnenklimaat zo verzaakt, dat de minister niet eens bereid is een gezond binnenklimaat in publieke binnenruimtes te bewerkstelligen?

Een gezond binnenklimaat is belangrijk en kan helpen om besmetting met respiratoire virussen te voorkomen. Om die reden is ventileren ook opgenomen als één van de generieke adviezen om luchtweginfecties te voorkomen. Dit advies wordt op diverse manieren en via diverse media uitgedragen.

Waarom dringt de minister bij zijn collega-ministers niet aan op veel lagere energieprijzen die de volksgezondheid verbeteren?

Het kabinet deelt de zorgen van de leden van de PVV-fractie over de gestegen energieprijzen. Daarom geldt vanaf 1 januari 2023 onder andere een prijsplafond op energie voor alle huishoudens en andere kleinverbruikers. In de antwoorden op Kamervragen van het lid Van Haga d.d. 23 februari jl. (Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1688) is de staatssecretaris van VWS, mede namens de minister voor Klimaat en Energie, op deze maatregelen ingegaan. Daarbij dient opgemerkt te worden dat lagere energieprijzen alleen helaas geen garantie op een verbeterde volksgezondheid bieden.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat Branchevereniging Binnenklimaat Nederland een register heeft van deugdelijke CO2-meters. Waarom regelt de minister niet dat dat wordt gecommuniceerd met de doelgroepen?

²¹ KNMG, 16 februari 2023, ‘Zorgbestuurders, hoogleraren en prominenten aan kabinet: “Alles op alles om te voorkomen dat mensen ziek worden door armoede”’ (<https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/zorgbestuurders-hoogleraren-en-prominenten-aan-kabinet-alles-op-alles-om-te-voorkomen-dat-mensen-ziek-worden-door-armoede>)

Er wordt op diverse manieren gecommuniceerd over de generieke adviezen ter voorkoming van luchtweginfecties. Onderdeel van deze adviezen is om te zorgen voor voldoende ventilatie van binnenruimtes. Daarnaast voorziet het onafhankelijk kenniscentrum Ruimte-OK scholen van informatie over een gezond binnenklimaat en is voor eigenaren en beheerders van publieke binnenruimtes de handreiking 'Ventileren zo gedaan' beschikbaar. Branchevereniging Binnenklimaat Nederland draagt zelf zorg voor de communicatie over het register.

Waarom laat de minister dit aan het veld over in plaats van hier de regie te pakken?

Het kabinet heeft aandacht gevestigd op de generieke adviezen om luchtweginfecties te voorkomen. Zorgen voor voldoende ventilatie van binnenruimten is daarin een centraal onderdeel. Daarnaast heb ik het voortouw genomen bij de ontwikkeling van de handreiking 'Ventileren zo gedaan'. Het kabinet heeft ook extra ingezet op het verbeteren van de luchtkwaliteit in scholen. De inzet van iedereen is nodig om de verspreiding van virussen te voorkomen. Het register met CO2-meters van Branchevereniging Binnenklimaat Nederland is daar een welkom voorbeeld van.

In België heeft de 'Taskforce Ventilatie van het Regeringscommissariaat Corona' aanbevelingen gedaan voor het aanschaffen en gebruik van CO2-meters. Is de minister bereid om dat voorbeeld te volgen?

Deze aanbevelingen sluiten aan bij de bestaande communicatie in Nederland over ventilatie en het gebruik van CO2-meters.

Genoemde leden zijn voorstander van een structurele ophoging van het aantal Intensive Care (IC)-bedden en begrijpen niet dat de minister dit niet tot doel maakt en ook hier zijn verantwoordelijkheid als de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet neemt. Nederland heeft nu slechts 999 structurele IC-bedden en alleen een tijdelijke opschaling tot 1.145 IC-bedden kan gerealiseerd worden, zo lezen deze leden in het LNAZ-opschalingsplan. Het beschikbaar maken van 1.250 IC-bedden gaat fors ten koste van de reguliere zorg, omdat die dan weer afgeschaald moet worden, bovenop de constatering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat ziekenhuizen de uitgestelde zorg amper kunnen inlopen. Waarom neemt de minister niet zijn verantwoordelijkheid in dezen? Waarom zei de minister recentelijk in een plenair debat dat hij maximaal 1.700 ic-bedden beschikbaar kan hebben in plaats van de 1.250 die de LNAZ meldt in haar opschalingsplan? Is de minister vergeten dat er tijdens de eerste coronagolf een piekbezetting was van 1.424 coronapatiënten op de IC en 2.900 coronapatiënten op de verpleegafdelingen?

Zoals eerder vermeld heeft het kabinet samen met het zorgveld afspraken gemaakt om een beschikbaarheid van 1150 IC-bedden te garanderen. Zo bleek ook in het herziene LNAZ opschalingsplan. Daarbij hebben we echter wel te maken met grote uitdagingen, zoals het tekort aan zorgpersoneel. Daarom wordt ingezet op het flexibel opschalen van zorgcapaciteit in ziekenhuizen. Daarnaast zet het Kabinet er juist op in om het zorgsysteem weerbaarder te maken en de bestaande capaciteit zo goed mogelijk in te zetten.

Het LNAZ opschalingsplan ziet op opschaling op een veilige en verantwoorde manier tot 1.250 ic-bedden. Opschaling naar 1.700 ic-bedden is een opschaling die grote impact heeft op de gehele zorgketen en onvermijdelijk gepaard gaat met grote afschaling van reguliere zorg. Dit is daardoor een mogelijkheid die alleen in uiterste nood moet worden ingezet. Vanuit het

ministerie van VWS zal er op worden toegezien dat de randvoorwaarden om dit te doen op orde zijn. Tijdens de coronacrisis hebben we gezien dat wanneer de inventaris nog moet worden aangeschaft op het moment dat we te maken krijgen met een crisis (bijvoorbeeld door levertijden en schaarste in de markt tijdens een pandemie) dit mogelijk fatale vertraging tot gevolg heeft. Op het moment dat snel zou moeten worden opgeschaald, dient daarom de benodigde infrastructuur aanwezig te zijn.

Zoals ik eerder aan uw Kamer heb gemeld²², is dankzij de subsidieregeling IC-opschaling door ziekenhuizen geïnvesteerd in de benodigde apparatuur en inventaris om in geval van nood te kunnen opschalen tot maximaal 1700 IC-bedden. Van hen wordt verwacht dat zij deze infrastructuur in stand houden. Ten slotte investeert het kabinet ook in het opleiden van flexibel inzetbaar zorgpersoneel door in te zetten op de Basis Acute Zorg (BAZ)-opleiding.

Wanneer is volgens de minister sprake van dood door schuld als gevolg van regeringsbeleid?

Deze vraag vergt een juridische afweging en in een voorkomend geval is het niet aan het kabinet maar aan de rechter om hierover uitspraken te doen. Voor zover de leden van de PVV-fractie suggereren dat ten gevolge van het beleid van de regering om COVID-19 tegen te gaan sprake zou zijn van dood door schuld, werp ik die suggestie verre van mij.

De minister gaf in zijn vorige functie als de voorzitter van het LNAZ nog aan dat er mogelijk 3.500 mensen met corona op de IC zouden komen te liggen. Waar gaat hij die patiënten nu laten in zo 'n geval? Het is de minister toch, die niet uitsluit dat er nog altijd een coronavariant kan komen die wel tot veel ziekenhuisopnames leidt?

We houden er rekening mee dat het virus onvoorspelbaar is, maar het OMT geeft in haar laatste advies aan dat COVID-19 een endemische fase heeft bereikt. De endemische fase kan gedefinieerd worden als de fase waarin het virus constant aanwezig is onder de bevolking, maar waarbij de gehele populatie door vaccinatie of doorgemaakte infectie immuniteit heeft opgebouwd.²³ Door de hoge immuniteit kunnen we er vanuit gaan dat de grootste druk op de IC als gevolg van COVID-19 achter de rug is.

Wanneer een nieuwe COVID-variant opnieuw zal leiden tot een hoge vraag naar ic-capaciteit heeft het zorgveld afspraken gemaakt hoe deze het best kan worden opgevangen. Het LNAZ opschalingsplan beschrijft op hoofdlijnen hoe samenwerking in de zorgketen kan bijdragen aan het optimaal organiseren van de gehele zorgketen waardoor meer (COVID-)patiënten geholpen kunnen worden. Zo zijn bestaande best practices en innovaties breed geïmplementeerd in de ziekenhuizen, waarmee de instroom van patiënten in ziekenhuizen is verminderd en door- en uitstroom in de brede zorgketen wordt verbeterd. Mocht de druk op de IC toch weer oplopen dan heb ik het vertrouwen dat de zorg met de getroffen maatregelen er alles aan zal doen om de benodigde capaciteit te leveren.

Deze leden wil weten of de investering die de afgelopen jaren in de benodigde IC-apparatuur en inventaris is gedaan om op te kunnen schalen tot maximaal 1.700 bedden conform het eerste opschalingsplan uit 2020, nog beschikbaar is en blijft.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 1959

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 1827

Zoals in de eerdere beantwoording is vermeld, wordt van ziekenhuizen verwacht dat ze de infrastructuur die vanuit de subsidieregeling IC-opstapeling is aangeschaft in standhouden om zodoende in geval van nood te kunnen opschalen tot maximaal 1700 IC-bedden.

Waarom negeert de minister dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) becijferd heeft dat er door de coronastrategie van opschalen van coronazorg en tegelijkertijd afschalen van reguliere ziekenhuiszorg inmiddels 460.000 (320.000+140.000) gezonde levensjaren verloren zijn gegaan? Waarom neemt de minister niet zijn verantwoordelijkheid voor deze bewust door de overheid steeds weer bij elke coronagolf gehanteerde coronastrategie, van opschalen van de coronazorg en afschalen van reguliere ziekenhuiszorg? Erkent de minister dat deze strategie tot een verlies van een ontzaglijk grote hoeveelheid gezonde levensjaren en extra doden heeft geleid?

Helaas heeft COVID-19 bij veel mensen zijn sporen nagelaten, waarbij het verlies aan gezonde levensjaren maar ook het verlies van levens an sich niet vergeten mag worden. Zoals reeds vermeld in de kabinetsreactie op het eerste deel van het OvV-rapport², was de coronacrisis ongekend in omvang, duur en complexiteit. Het betrof een hectische, onvoorspelbare en vaak verdrietige tijd, waarin door het kabinet en binnen de zorg in korte tijd moeilijke keuzes zijn gemaakt. Er is met veel verschillende partijen overlegd om tot een zo goed mogelijke aanpak te komen, waarbij verschillende perspectieven goed tegen elkaar zijn afgewogen en passend waren binnen de mogelijkheden om zorg aan zoveel mogelijk patiënten te blijven bieden.

In de zorg zijn tijdens de crisis grote inspanningen geleverd om steeds zoveel mogelijk patiënten (COVID-19 én niet-COVID) op te vangen, maar een van de lessen van het OvV-rapport is wel dat extra inzet op flexibele en opschalbare zorg nodig is. **Error! Bookmark not defined.** Om daarin zo goed mogelijk te ondersteunen heeft het kabinet met de subsidieregeling IC-opstapeling tijdens de coronacrisis €450 miljoen beschikbaar gesteld en zijn daarna afspraken gemaakt in het IZA om, ook wanneer we in de toekomst te maken krijgen met een grotere zorgvraag, een beschikbaarheid van 1150 IC-bedden te garanderen. Daarbij hebben we te maken met grote uitdagingen, zoals de tekorten aan zorgpersoneel, waardoor het fors vergroten van de capaciteit niet mogelijk is. Met het programma TAZ zet het kabinet – samen met alle partijen in de zorg – een transitie in gang voor het anders organiseren van de zorg om de toegankelijkheid ervan ook in de toekomst te garanderen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister met betrekking tot diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Deze leden hebben hier enkele vragen over. De minister schrijft onder de paragraaf over vaccinatie tegen COVID-19 dat van de medisch hoog risicogroep (circa 2,4 miljoen mensen), de vaccinatiegraad 69% is. Genoemde leden vragen of de minister kan aangeven of alle mensen voldoende zijn bereikt en waarom dit percentage niet hoger is.

Voor mensen met een verhoogd medisch risico is vaccinatie tegen het coronavirus extra belangrijk. Ik heb meerdere kanalen ingezet om medische (hoog)risicogroepen te kunnen bereiken om de vaccinatiegraad te bevorderen. Zo hebben zij een persoonlijke uitnodiging gekregen. Daarnaast hebben we doelgroepgerichte communicatie ingezet om bij te dragen aan een zo hoog mogelijke opkomst onder deze groep. Er zijn communicatiemiddelen op

maat gemaakt die zijn verspreid via organisaties die dicht bij mensen met een medisch hoog risico staan, zoals zorgkoepels en ouderenbonden. Ook heeft een intensieve massamediale campagne gelopen met spots op radio en TV, krantenadvertenties, buitenreclame in bushokjes, winkelcentra en het openbaar vervoer. Voor mensen die we met reguliere publiekscommunicatie niet bereiken (o.a. anderstaligen en laaggeletterden) zijn middelen ontwikkeld die in taal en vorm bij hen passen, zoals informatiebijeenkomsten in verschillende talen door sleutelfiguren. Daarnaast blijven GGD'en regionaal groepen benaderen waarvan bekend is dat zij nog twijfelen over het halen van een COVID-19-vaccinatie. Mensen kunnen op verschillende plekken terecht wanneer ze ondersteuning nodig hebben bij het maken van de keuze of specifieke vragen hebben. Bijvoorbeeld op de vaccinatielocaties of door een persoonlijk gesprek met een onafhankelijke zorgprofessional van 'Vragen over corona' via 0800-7707707. Het blijft een individuele keuze om wel of geen vaccinatie te nemen.

Onder de zesde paragraaf over de afschaling van de voorbereidingen voor de mogelijke inzet van het CTB wordt aangegeven dat er is gestopt met stand-by operatie Testen voor Toegang en dat dus ook het contract IT-ondersteuning stopt en de aanbesteding is teruggetrokken. De leden van de CDA-fractie vragen of hiervan nog kosten zijn.

Het contract voor de IT-ondersteuning liep t/m 31 maart 2023. Dit contract is niet verlengd. Naast de kosten die voortkomen uit de in het contract afgesproken IT-ondersteuning taken (t/m 31 maart 2023), zijn er geen aanvullende kosten. Uit het intrekken van de aanbesteding voor IT-ondersteuning komen ook geen kosten voort.

Onder de achtste paragraaf over de noodvoorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen staat dat overtollige apparatuur wordt afgestoten. De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt berekend wat afgestoten kan worden.

De Expertgroep Beschikbaarheid Medische Hulpmiddelen COVID-Zorg uit het zorgveld heeft aangegeven dat bepaalde typen apparatuur uit de noodvoorraad niet inzetbaar zijn in de Nederlandse zorgsector, bijvoorbeeld omdat zorgpersoneel niet is opgeleid voor het gebruik van dit type apparaten. Daarnaast is er sprake van apparatuur waarvan de documentatie inzake de kwaliteit ontbreekt, ook komt voor dat CE-markering ontbreekt, waardoor niet bekend is of deze apparatuur voldoet aan Europese regelgeving. Tot slot bevatte de noodvoorraad twee typen anesthesieapparatuur. De apparaten zijn geschikt voor tijdelijke beademing en niet voor langdurige beademing op de intensive care.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over. Deze leden vragen de minister wanneer het kabinet met een fatsoenlijke regeling komt voor zorgpersoneel met post-COVID. Zij wijzen erop dat deze mensen soms al drie jaar lang kampen met klachten en de gevolgen daarvan, maar dat er nog steeds geen compensatie voor hen is gekomen. Wanneer komt er duidelijkheid voor deze groep?

Het kabinet voelt de urgentie om een specifieke groep zorgmedewerkers met langdurige post-COVID klachten aanvullend financieel te ondersteunen. Alle voorbereidingen voor een regeling zijn in gang gezet. De minister voor LZS hecht aan een zorgvuldig proces daar waar het gaat om de vormgeving en uitvoering van de regeling. Zoals door haar toegezegd in het

debat van 1 februari jl. (Handelingen II 2022/23, nr. 47, item 12) wordt uw Kamer in april nader geïnformeerd over de vormgeving van de regeling.

Daarbij wordt benadrukt dat het kabinet een regeling treft voortkomend uit de morele verplichting die wordt gevoeld, en dus niet uit de juridische verplichting tot vergoeding en/of compensatie van schade.

Genoemde leden vragen de minister daarnaast hoe hij ervoor gaat zorgen dat voldoende onderzoek kan worden gedaan naar post-COVID, zodat de grote groep mensen die hiermee kampt beter kan worden geholpen. Zij wijzen erop dat onderzoekers namelijk recent nog de noodklok luidden over het gebrek aan financiering van onderzoek naar post-COVID. Is de minister het ermee eens dat moet worden voorkomen dat belangrijk onderzoek vertraging oploopt door dit gebrek aan financiering? Zo ja, hoe gaat hij hiervoor zorgen?

Ja, ik ben het met u eens dat er moet worden voorkomen dat belangrijk onderzoek vertraging oploopt door gebrek aan financiering. Onderzoek is nodig omdat er nog veel onbekend is over de oorzaken en behandeling van post-COVID klachten. Deze klachten treffen veel mensen en hebben een grote impact op hun leven. Er is door het ministerie van VWS tot nu toe ruim € 14 miljoen vrijgemaakt aan onderzoek naar post-COVID. Om te identificeren welke kennis nog mist, heb ik ZonMw de opdracht gegeven voor het opstellen van een kennisagenda. De kennisagenda zal in de tweede helft van 2023 gereed zijn. Hieruit zal blijken welk aanvullend onderzoek nodig is. Daarbij wordt er wereldwijd veel onderzoek naar deze nieuwe aandoening verricht en hopen we dat er uit dit geheel aan onderzoek zo snel mogelijk inzichten komen die kunnen leiden tot een effectieve behandeling. Zoals aangegeven in het debat op 8 maart ten behoeve van de EU Gezondheidsraad maak ik mij ook in Europees verband hard voor meer inzet rondom post-COVID en het delen van de kennis die uit deze internationale onderzoeken komt. De Europese Commissie heeft € 50 miljoen extra uitgetrokken voor onderzoek naar de oorzaak en behandeling van post-COVID. Zoals hiervoor aangegeven ben ik verder bezig om extra budget beschikbaar te maken voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven en zal uw Kamer daarover dan informeren.

De leden van de SP-fractie constateren dat er nog steeds honderden patiënten met COVID-19 in het ziekenhuis liggen, waarvan enkele tientallen op de IC. Er blijft daarmee structureel een extra druk op de zorg bestaan door COVID-19, die er voor 2020 niet was. Is de minister het ermee eens dat er daarom ook structureel extra capaciteit voor de ziekenhuizen nodig is om deze extra last op te kunnen vangen? Zo ja, hoe gaat hij dit regelen?

Het toegankelijk houden van de gehele zorgketen voor iedereen blijft één van de doelen van het kabinetsbeleid. Over deze ambitie heeft het kabinet samen met het veld afspraken gemaakt in het integraal zorgakkoord (IZA). Omdat het vergroten van de capaciteit, mede vanwege het tekort aan personeel, hiervoor op korte termijn geen oplossing biedt, wordt binnen het huidige stelsel ingezet op het optimaliseren van de gehele zorgketen, zodat deze (ook op de lange termijn) flexibeler en weerbaarder wordt. Zoals eerder vermeld, doet het kabinet dat bijvoorbeeld door te investeren in de arbeidsmarkt (via het programma TAZ) en door partijen in de zorg zo goed mogelijk te ondersteunen om geleerde lessen en inzichten van tweeënhalf jaar corona zo goed mogelijk in te bedden in de reguliere zorgverlening.

De leden van de SP-fractie lezen dat de stand-by operatie voor Testen voor Toegang is stopgezet. Tegelijkertijd constateren zij dat er in de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog wel € 161,07 miljoen euro voor het CTB is begroot.

Wat gaat de minister nu met dat bedrag doen, nu hij definitief af lijkt te stappen van het CTB?

Een deel van de voor het CTB begrote kosten worden ingezet voor de stand-by operatie van de eerste maanden van 2023 (voordat het werd stopgezet) en de afhandeling van de stand-by operatie. Het resterende deel van de begrote middelen kan terugvloeien naar de algemene middelen, omdat de activiteiten van Dienst Testen worden bekostigd vanuit de generale middelen. Dit wordt betrokken bij de voorjaarsbesluitvorming.

Is hij bereid dit geld nu wel vrij te maken voor compensatie van zorgverleners met post-COVID en onderzoek naar post-COVID?

Zoals door mijn collegaminister voor LZS toegezegd in de brief van 1 februari 2023²⁴ zijn alle voorbereidingen in gang gezet voor een regeling voor een bepaalde groep zorgmedewerkers met langdurige post-COVID klachten. De budgettaire verwerking voor de uitgaven van de regeling loopt mee in de voorjaarsbesluitvorming.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse de brief gelezen over diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Genoemde leden hebben nog wel een aantal vragen aan de minister gerelateerd aan het COVID-beleid. Deze leden merken ten aanzien van de paragraaf over de epidemiologische situatie in relatie tot China en over de update van de rioolwatersurveillance op, dat de minister voor de monitoring rondom het COVID-19 virus volledig leunt op rioolwatersurveillance. De betrouwbaarheid van deze surveillancemethode is veelbelovend, ook voor het monitoren van andere infectieziekten. In hoeverre is rioolwatersurveillance ook een interessante methode om bijvoorbeeld het apenpokkenvirus te monitoren?

Rioolwatersurveillance is één van de instrumenten in een breder geheel van het surveillance landschap. Het RIVM verkent samen met het ministerie van VWS en de Waterschappen met welke infectieziekten het programma in de toekomst verder kan worden uitgebreid en hoe dit aansluit en aanvullend kan zijn op de al bestaande surveillance-instrumenten. Zo is na de opkomst van het apenpokkenvirus in Nederland vanaf eind mei 2022 door het RIVM een analysemethode opgezet waarbij het apenpokken-DNA geïsoleerd uit rioolwater kan worden gedetecteerd. Het RIVM onderzoekt momenteel ook of influenzavirus en RS-virus in rioolwater kunnen worden aangetoond en doet daarnaast al langere tijd ook onderzoek naar bijvoorbeeld het poliovirus en antibioticaresistente bacteriën.

Kan de minister uiteenzetten wat het verschil in betrouwbaarheid is tussen monitoring op basis van rioolwater en het afnemen van stukjes genetisch materiaal zoals dat bij de PCR-test gebruikelijk was?

Het zijn twee verschillende methoden die voor een ander doel kunnen worden ingezet. Met de PCR-test kan met hoge betrouwbaarheid bij individuen worden vastgesteld of het

²⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 2011

coronavirus aanwezig is. De monsters uit het riool geven een algemeen beeld van de aanwezigheid van het coronavirus in een groter deel van de populatie, waarbij een zogenoemd 24-uursmonster wordt afgenomen. De betrouwbaarheid van de analyse van de afgenomen monsters uit het riool is groot, aangezien ook bij de rioolwatersurveillance gebruik wordt gemaakt van een PCR-detectiemethode. Uit het rioolwatermonster wordt het genetisch materiaal RNA van het virus geïsoleerd en vervolgens wordt dan een PCR-detectiemethode uitgevoerd. Met deze methode kunnen de onderzoekers vaststellen hoeveel RNA van het coronavirus aanwezig is in het rioolwater. Nu er geen testadvies meer geldt, is de rioolwatersurveillance een goede methode om zicht te houden op hoe het virus rondgaat in Nederland.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ten aanzien van de paragraaf over de huidige inreismaatregelen China, begrip voor het besluit rondom de invoering van inreismaatregelen in januari jongleden. Wél hebben zij vragen over de juridische grondslag waarop deze maatregel is gebaseerd. Met andere woorden; op basis van welke grondslag in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) heeft het kabinet het besluit genomen om over te gaan tot een noodverordening?

De inreismaatregelen zijn genomen op basis van artikel 7, eerste lid, juncto artikel 6 vierde lid, van de Wet publieke gezondheid.

Kan de minister de juridische grondslag en de motivatie om te kiezen voor deze grondslag nader motiveren?

In Raadsaanbeveling 2022/2548 is afgesproken dat de Europese lidstaten “should decide in a coordinated matter and in consultation with the Commission on the necessary travel measures” in het geval de epidemiologische situatie in een derde land ernstig verslechtert. Vanwege de verslechterde en niet inzichtelijke epidemiologische situatie in China, heeft de Europese Commissie op 4 januari jl. de IPCR bijeen geroepen.²⁵

Op dat moment is een Europees gecoördineerd maatregelenpakket samengesteld dat sterk werd aanbevolen in het kader van het reisbeleid ten aanzien van China. Deze maatregelen waren niet verplicht, maar lidstaten werden sterk aangemoedigd om deze in te stellen om zo tot een Europees geharmoniseerd reisbeleid te komen. Over het belang dat ik hieraan hecht heb ik uw Kamer door middel van de brief over de langetermijnstrategie COVID-19 geïnformeerd.²⁶

Door het ontbreken van een specifieke wettelijke bevoegdheidsgrondslag, kon in afwachting van de Eerste tranche wijziging Wet publieke gezondheid (Eerste tranche) niet via een ministeriële regeling, met de bijbehorend parlementaire betrokkenheid, invulling worden gegeven aan de IPCR-conclusies. Op basis van artikel 7, eerste lid, juncto artikel 6 vierde lid, van de Wet publieke gezondheid heb ik daarom een opdracht gegeven aan de voorzitter van de veiligheidsregio Kennemerland tot het instellen van de inreismaatregelen voor reizigers direct afkomstig uit China. De voorzitter heeft op basis van deze aanwijzing en artikel 176 van de Gemeentewet en artikel 39 van de Wet veiligheidsregio's hiertoe een noodverordening vastgesteld.

²⁵ Council Recommendation (EU) 2022/2548 of 13 December 2022 on a coordinated approach to travel to the Union during the COVID-19 pandemic and replacing Council Recommendation (EU) 2020/912.

²⁶ Kamerstuk 25 295, nrs. 1834 en 1883.

Tevens vinden de voornoemde leden het opmerkelijk dat de minister destijds stelde dat wanneer de nieuwe pandemiewet reeds zou zijn aangenomen in de Eerste Kamer, er geen gebruik zou hoeven worden gemaakt van een noodverordening. De pandemiewet heeft enkel betrekking tot een A1-infectieziekte, of een infectieziekte die grote dreiging met zich meebrengt. Per invoering van de pandemiewet is COVID-19 echter géén A1-infectieziekte. Op welke manier had het aannemen van de pandemiewet bijgedragen aan de juridische onderbouwing van deze inreismaatregel?

Ten opzichte van de noodverordening heeft voor een dergelijke maatregel een specifieke grondslag, zoals in de Eerste tranche wijziging Wet publieke gezondheid (het wetsvoorstel), de voorkeur gelet op de democratische legitimatie. Een noodverordening is een tijdelijke grondslag voor een maatregel, die zo spoedig mogelijk moet worden voorzien door een specifieke grondslag gelet op de mogelijke inperking van grondrechten. Om deze redenen zou het wetsvoorstel hebben bijgedragen aan de juridische onderbouwing van de maatregelen.

Wanneer het wetsvoorstel van kracht zou zijn in het begin van 2023 zou ik allereerst een adviesaanvraag hebben ingediend bij het RIVM over de noodzaak om COVID-19 als A1-infectieziekte aan te wijzen.²⁷ Op basis van het advies van het RIVM, zou ik besloten hebben over het al dan niet aanwijzen van COVID-19 als A1-infectieziekte en het activeren van de bevoegdheidsgrondslag voor de inreismaatregelen uit artikel 58p Wpg. Hierbij zouden de volgende stappen doorlopen moeten worden:

- Het bij regeling aanwijzen van COVID-19 als A1-infectieziekte, waarbij in de regeling de nodige Wpg-bepalingen worden geactiveerd, waaronder de bevoegdheidsgrondslag uit artikel 58p Wpg, conform artikel 20 Wpg, alsmede voorbereiding van een incorporatiewetsvoorstel;
- Het voorhangen van de ontwerpregeling betreffende de vervalttermijn voor toepassing van de bevoegdheidsgrondslag uit artikel 58p, conform artikel 58cb, eerste lid, en van een ontwerp van de maatregelenregeling, conform artikel 58c;
- De vaststelling, publicatie en inwerkingtreding van de regeling betreffende de vervalttermijn en maatregelenregeling na het aflopen van de voorhangtermijn (al dan niet gewijzigd n.a.v. de voorhang).

Op basis van welke juridische grondslag was het kabinet in dit scenario dan overgegaan tot het nemen van deze voornoemde maatregel?

De maatregelenregeling voor het instellen van een testverplichting zou in dat geval zijn gebaseerd op artikel 58p van het wetsvoorstel.

Genoemde leden begrijpen ten aanzien van de paragraaf over de wijziging van het testbeleid dat in het 146^e OMT-advies wordt geadviseerd om de GGD-teststraten verder af te schalen. Ook in onderhavige brief wordt al verdere afbouw aangekondigd. Genoemde leden maken zich zorgen wat dit betekent voor mensen met een post-COVID-diagnose. Ook vragen zij wat voor consequenties een dergelijk afschalen heeft voor de termijn waarop kan worden opgeschaald, in het geval de ellende wederom uitbreekt. Kan de minister op voorgaande vragen uitvoering ingaan? Tot slot vinden de leden van de GroenLinks-fractie het van cruciaal belang dat zelftesten voor iederéén, ongeacht de omvang van iemands portemonnee, toegankelijk blijft.

²⁷ Kamerstuk 25 295, BN

Het is van groot belang om kennis en expertise over post-COVID te bundelen. Ik ben met C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in gesprek over de wijze waarop een expertisecentrum het beste vorm gegeven kan worden. Ook de patiëntenorganisaties zullen daarbij betrokken worden. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven. Ook heb ik ZonMw opdracht gegeven om tot een kennisagenda te komen om zo alle onderzoeken en kennishiaten in kaart brengen. Zoals besproken in het debat op 8 maart (Kamerstuk 21501-37, nr. 697) ten behoeve van de EU Gezondheidsraad maak ik mij ook in Europees verband hard voor meer inzet rondom post-COVID en het goed delen van de kennis die uit internationale onderzoeken komt. Van mijn EU-collega's kreeg ik de volle steun voor het opzetten van een Europees netwerk voor onderzoek naar de gevolgen en behandeling van post-COVID. Tot slot heeft de Europese Commissie € 50 miljoen extra uitgetrokken voor onderzoek naar de oorzaak en behandeling van post-COVID.

De kans dat opschaling op korte termijn nodig is, wordt door experts klein geacht. Mocht er toch een variant komen die én een ernstig ziektebeeld geeft in de algehele populatie én zich snel verspreidt én die onvoldoende door een antigeen(zelf)test herkend wordt, kan het zijn dat er weer opgeschaald moet worden. In het verleden is daarnaast gebleken dat bij een dergelijk scenario verspreiding niet volledig ingedamd kan worden door testen en isolatie alleen en dat er dan aanvullende (contactbeperkende) maatregelen voor het algemeen publiek nodig kunnen zijn.²⁸

Voor het opschalen van de testinfrastructuur is het de verwachting dat het enkele maanden duurt voordat deze de capaciteit van 100.000 testafspraken per dagen heeft bereikt. Momenteel wordt in beeld gebracht hoe indien nodig met beperkte kosten een adequate paraatheid voor COVID-19 kan worden bewaard, bijvoorbeeld door het aanhouden van raamcontracten en onderhouden van bestaande IV-infrastructuur.

De leden van de GroenLinks-fractie schrikken van het grote aantal vaccins dat moet worden afgevoerd omdat de houdbaarheid daarvan zou verlopen. De voornoemde leden hebben uiteraard begrip voor het feit dat een goede buffer is aangehouden, maar vragen wel wanneer deze voorraad aan monovalente vaccins is ingekocht.

Op basis van de vaccinovereenkomsten die in Europees verband zijn afgesloten ontvangt Nederland een vastgesteld pro-rata aandeel vaccins in verschillende leveringen. De contracten voor de inkoop van deze monovalente vaccins zijn in 2020 gesloten. De eerste leveringen van het vaccin zijn eind 2020 binnengekomen. De laatste levering van monovalente vaccins heeft in juni 2022 plaatsgevonden.

Tevens vragen zij op basis van welke onafhankelijke gegevens de houdbaarheid van deze vaccins afloopt. Zijn dit gegevens verstrekt door de farmaceuten zelf?

De houdbaarheid van de verschillende vaccins wordt vastgelegd in het registratiedossier aangeleverd door de farmaceut. Dit wordt door het Europees Medicijnagentschap (EMA) beoordeeld. De farmaceut kan een aanvraag doen om de maximale houdbaarheid van de vaccins te verlengen, welke ook door het EMA moet worden goedgekeurd. De kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van het vaccin moeten namelijk ook bij een langere houdbaarheid zijn geborgd.

²⁸ [OMT 146 | 23 februari 2023 | RIVM](#)

Welke risico's zijn er om vaccins een poosje ná de houdbaarheidsdatum, alsnog toe te passen?

Vaccins worden na de houdbaarheidsdatum niet meer ingezet, omdat dan niet kan worden gegarandeerd dat de vaccins voldoen aan de gestelde eisen op het gebied van veiligheid, kwaliteit en werkzaamheid.

Tevens vragen de voornoemde leden af of de minister kan prijsgegeven hoeveel hij momenteel betaalt per vaccin bij de verschillende fabrikanten. Is de minister bereid, gezien de woekerwinsten van farmaceuten als Pfizer, hierover transparant te zijn jegens de Kamer?

Ik ben het met deze leden eens dat het wenselijk is dat farmaceutische bedrijven duidelijkheid en transparantie verschaffen over de opbouw van de prijzen die ze vragen voor hun producten en de daadwerkelijke kosten die zijn gemaakt voor onderzoek en ontwikkeling. Omdat het hier in de regel gaat om bedrijfsvertrouwelijke informatie kan ik het vrijgeven hiervan niet zomaar afdwingen. Voor een overzicht van de rol van private en publieke partijen in geneesmiddelenonderzoek verwijs ik u naar het onderzoek rondom geneesmiddelenontwikkeling dat ik op 22 juni 2022 met uw Kamer heb gedeeld²⁹.

Ten aanzien van de paragraaf over de update van het oversterfteonderzoek en de datatoegang, begrijpen de leden van de GroenLinks-fractie dat de minister niet voornemens is extra maatregelen te treffen over onderzoek rondom de oversterfte in 2022. De minister wil pas na de onderzoeksresultaten wegen of vervolgstappen gewenst zijn. Wanneer vindt dit nieuwe weegmoment plaats?

Op dit moment wordt er oversterfte onderzoek uitgevoerd over de periode 2020 en 2021. De resultaten van traject 3 in het onderzoek naar oversterfte worden eind 2023 verwacht. Ik wil op basis van de onderzoeksresultaten bezien of vervolgstappen gewenst zijn. Ik verwacht dan ook begin 2024 een weging te kunnen maken van eventuele vervolgstappen.

Terwijl vrijwel alle signalen nog steeds wijzen op COVID-19-gerelateerde oversterfte, merken de voornoemde leden op dat veel (spook)verhalen rondgaan over de oversterfte van 2022. De voornoemde leden achten het van belang dat ruis rondom dit vraagstuk wordt weggenomen. Deelt de minister het belang van transparantie en opheldering rondom deze kwestie? Tevens kan extra inzage in de oversterfte van 2022 ook beleidsconsequenties met zich meebrengen. Kortom, genoemde leden achten het weldegelijk wenselijk dat hierover meer opheldering komt.

Ik ben het ermee eens dat duidelijkheid over de oversterfte in 2022 gewenst is. Daarvoor is het van belang om eerst het lopende onderzoek naar 2020 en 2021 zo snel mogelijk af te ronden om zo beter inzicht te krijgen in de redenen en oorzaken van de oversterfte. Ondertussen kunnen onderzoekers zelf uiteraard met de al beschikbare data onderzoek doen naar oversterfte in latere periodes. Dergelijk onderzoek juich ik van harte toe.

Deze leden hebben inzake de paragraaf over het CTB begrip voor het besluit om de stand-by operatie van Testen voor Toegang te stoppen. Echter sluiten deze leden niet uit dat alsnog binnen afzienbare tijd een situatie zich voordoet waarbij massaal preventief testen méér mogelijk kan maken. Wat gebeurt er met de opgedane kennis rondom dit stelsel?

²⁹ Kamerstuk 29 477, nr. 765

De opgedane kennis over Testen voor Toegang wordt geborgd binnen het ministerie van VWS en ook overgedragen aan de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI).

Hoe wordt kennis, ervaring en kunde geborgd voor de toekomst? Wat zijn de lessen geweest van Testen voor Toegang?

De opgedane kennis, ervaring en kunde over Testen voor Toegang wordt geborgd. Onderdeel daarvan is dat het ministerie van VWS in samenwerking met de betrokken partijen terugblijkt op Testen voor Toegang en de geleerde lessen worden vastgelegd, zowel voor uitvoering als beleid. Bijvoorbeeld over hoe de commerciële markt van meerwaarde kan zijn in een crisis, omdat er flexibiliteit, capaciteit en landelijke spreiding nodig is. De lessen voor de uitvoering van Testen voor Toegang zijn door Dienst Testen (onderdeel van het ministerie van VWS) vastgelegd in handboeken en inhoudelijke experts van Dienst Testen werken (voor een deel van hun tijd) bij de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) van het RIVM om te zorgen voor een warme kennisoverdracht.

Binnen welke termijn zou een dergelijke operatie alsnog kunnen worden opgezet, wanneer daar absolute noodzaak toe is?

Op het moment is er geen wettelijke grondslag voor de inzet van een toegangsbewijs. Het opnemen van een grondslag in de wet kost tijd. Daarnaast kosten aanbestedingen tijd, bijvoorbeeld een aanbesteding voor een Open House procedure met testaanbieders. De minimale termijn voor een reguliere aanbesteding is bij VWS 6 maanden.

De leden van de GroenLinks-fractie merken ten aanzien van de paragraaf over het onderzoek 'IGJ tijdens de coronapandemie' op dat grote, commerciële partijen, vrijwel altijd worden ingezet door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aanpalende bestuursorganen als het gaat om onderzoek en evaluatie. Dat vinden de voornoemde leden problematisch. Ongetwijfeld hebben dergelijke bedrijven de expertise in huis om een dergelijk onderzoek te verrichten, maar hoe men het ook wendt of keert, is er altijd een afhankelijkheidsrelatie tussen de uitvoerder (in dit geval Bureau Berenschot) en de opdrachtgever (in dit geval de IGJ). Wat is het algehele beleid van het ministerie rondom de inkoop en aanbesteding van dergelijke onderzoeksopdrachten?

VWS volgt Gids Proportionaliteit voor inkoopopdrachten met een waarde onder de Europese aanbestedingsgrens. Bij inkoopopdrachten boven de aanbestedingsgrens volgt VWS de Europese aanbestedingswetgeving. Zowel bij inkoopopdrachten boven de Europese aanbestedingsgrens als daaronder vindt gunning van de opdracht plaats op basis van objectieve gronden. Bij inkoop en aanbesteding van dergelijke onderzoeksopdrachten zoals door u genoemd is het op basis van deze objectieve gronden mogelijk dat opdrachten (regelmatig) aan dezelfde partij worden gegund.

Hoeveel procent van het externe onderzoek wordt verricht door het bedrijfsleven via een aanbesteding? Waarom worden publiek gefinancierde wetenschappers op universiteiten en hogescholen niet vaker voor dergelijke opdrachten benaderd?

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. Onderzoek vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie.

Een groot deel van de onderzoeksopdrachten vanuit het ministerie van VWS gaan via ZonMw. Op het gebied van COVID-19 heeft ZonMw een groot meerjarig programma lopen met een totale omvang van ongeveer € 173 mln., waarin deelprogramma's zijn opgenomen over o.a. vaccineren, behandelingen, verspreidingsroutes en effectiviteit van maatregelen. De ZonMw financieringen worden uitgezet via oproepen waarop o.a. universiteiten en hogescholen kunnen indienen. Op die manier komen dergelijke organisaties in aanmerking voor financiering.

Genoemde leden merken op dat de allereerste aanbeveling voor de IGJ het versterken van 'de externe communicatie' betreft. Hoewel communicatie van groot belang is gedurende een pandemie, hebben deze leden gereede twijfel of dit de meest prangende les is die de IGJ kan trekken uit de coronapandemie en op basis van de bevindingen in het opgeleverde onderzoek. Tevens valt het deze leden op dat het verrichte onderzoek "beperkt" van omvang is, zoals de onderzoekers zelf stellen. Wat gebeurt met de constatering in voorgenoemd rapport?

De uitkomsten van het rapport worden meegenomen in de reguliere leer- en ontwikkelcyclus van de IGJ. Daarin heeft het goed voorbereid zijn op een volgende crisis een duidelijke plaats. Inmiddels is er een crisiscommunicatieplan toegevoegd aan het IGJ-crisisplan. In het crisiscommunicatieplan wordt een actieve en zichtbare rol van de IGJ in geval van een crisis beschreven. Daarmee sluit het plan aan op de bevindingen uit het rapport van Berenschot.

Komt er nog een vervolgonderzoek of plan van aanpak naar aanleiding van dit rapport?

Er is nu geen aanleiding voor een vervolgonderzoek. Wel doet de inspectie zelf nog een evaluatie van de interne organisatiecompetenties die nodig zijn geweest in de corona-periode. Ook dit is in voorbereiding op een volgende crisis.

Ten aanzien van de noodvoorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen hameren de leden van de GroenLinks-fractie op de lessons learned uit de coronacrisis. De OVV constateerde eerder dat Nederland niet was voorbereid op een pandemie, mede door het gebrek aan noodvoorraden. Daarom zijn deze leden buitengewoon sceptisch over het afschalen van de noodvoorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen, beademingsapparaten en zuurstofconcentratoren. Kan de minister de Kamer een overzicht geven, per tabel, wat de aantallen zijn van de huidige voorraden nu en wat de minimale voorraden zijn die in de toekomst worden aangehouden?

De minimale noodvoorraad bevat op dit moment:

- 100,2 miljoen medische handschoenen;
- 6,1 miljoen FFP2 mondkmaskers;
- 46,3 miljoen chirurgische maskers (IIR);
- 845 beademingsapparaten;
- 2.931 zuurstofconcentratoren;
- Daarnaast heb ik 1.600 zuurstofconcentratoren in bruikleen gegeven aan regionale zuurstofleveranciers.

Ik heb besloten de gehele minimale noodvoorraad bij LCH per 1 januari 2024 af te bouwen. Tijdens de coronapandemie is nauwelijks een beroep gedaan op de centrale voorraad medische handschoenen. Zorgaanbieders hadden veelal voldoende voorraad en er zijn veel leveranciers van handschoenen. Het aanhouden en jaarlijks verversen van een deel van de

voorraad handschoenen is kostbaar en ook uit het oogpunt van duurzaamheid onwenselijk gelet op de verwachting dat de voorraad ook bij een volgende pandemie nauwelijks zal worden gebruikt en dus worden verspild.

Tijdens de pandemie is wel gebruik gemaakt van de voorraad mondmaskers. Een centrale noodvoorraad mondmaskers is echter overbodig, omdat ik een aanbesteding ga doen voor opschaalbare productiecapaciteit van FFP2 mondmaskers en chirurgische mondmaskers (IIR) inclusief vorming van een first-in, first-out voorraad bij de producent.

Zoals vermeld hebben ziekenhuizen dankzij de subsidieregeling kunnen investeren in de fysieke infrastructuur, waaronder beademingsapparatuur, tot 1.700 IC-bedden. Van ziekenhuizen wordt verwacht, dat ze dit in stand houden. Er is daarom weinig vraag aan beademingsapparatuur. Ik onderzoek de mogelijkheden om de resterende beademingsapparatuur te schenken of in bruikleen te geven. De zuurstofconcentratoren wil ik in bruikleen geven aan de regionale zuurstofleveranciers in Nederland.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn tevreden dat de regeling voor het kosteloos verstrekken van zelftesten en persoonlijke beschermingsmiddelen-pakketten voor medisch kwetsbaren is verlengd. De voornoemde leden zijn echter van mening dat de beschikbaarheid van met name zelftesten ook kosteloos beschikbaar moet worden gesteld aan sociaaleconomisch kwetsbaren. Wanneer komt het onderzoek van de Gedragsunit van het RIVM naar de Kamer naar aanleiding van de motie van het lid Westerveld c.s.³⁰? Staat de minister ervoor open alsnog de voornoemde regeling uit te breiden naar grotere groepen?

De resultaten van het onderzoek worden voor de zomer met de Kamer gedeeld. Zelftesten worden momenteel kosteloos beschikbaar gesteld aan sociaaleconomisch kwetsbaren. Er loopt sinds de zomer van 2021 een regeling voor het kosteloos aanbieden van zelftesten voor sociale minima. De verspreiding van de zelftesten loopt via twee routes: vanaf zomer 2021 via een aantal maatschappelijke organisaties en vanaf begin 2022 via gemeenten. Het MIT-advies van 10 maart 2023 gaf aan dat het belangrijk is zelftesten optimaal beschikbaar te houden voor kwetsbaren, en mensen die zich kwetsbaar voelen. Om die reden is besloten de regeling voor verspreiding van zelftesten aan sociale minima voort te zetten tot, in beginsel, eind 2023.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de ontwikkelingen met betrekking tot het COVID-19-virus. Ze hebben hier enkele vragen over. Genoemde leden hebben kennisgenomen van de uitwerking van motie van de leden Westerveld en Kuiken³¹ over mensen die uit kostenoverweging geen zelftest doen of FFP2-mondkapje gebruiken. Zij vragen of de minister ook bredere lessen wil trekken uit dit onderzoek, over hoe een kleine portemonnee effect kan hebben op gezondheidskeuzes en specifiek of en hoe hij deze bevindingen gaat betrekken bij de verbetering van de toets op het basispakket.

Het genoemde onderzoek raakt inderdaad het onderwerp gezondheidskeuzes bij lage inkomens. Omdat de opzet van het onderzoek beperkt is, is het echter de vraag in hoeverre hier bredere lessen uit te trekken zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot het basispakket. Indien de resultaten uit dit onderzoek relevant blijken te zijn voor andere beleidsterreinen zullen

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1755

³¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1977

deze daarin worden betrokken. De resultaten zullen naar verwachting voor de zomer met uw Kamer worden gedeeld.

Deze leden willen benadrukken dat er zo snel mogelijk een regeling voor zorgmedewerkers met post-COVID moet komen. Zij hebben begrepen dat het kabinet in april een regeling zal voorleggen ter internetconsultatie. Wanneer verwacht de minister de regeling aan het parlement voor te leggen en wanneer verwacht de minister dat zorgverleners daadwerkelijk aanspraak kunnen maken op deze regeling?

Uw Kamer wordt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over de voortgang van de regeling en de daarbij horende planning.

Deelt de minister de mening van deze leden dat dit kabinet zich veel harder had kunnen inspinnen om snel duidelijkheid te geven aan deze kwetsbare groep?

Allereerst wil ik benadrukken dat het kabinet zich de afgelopen periode heeft ingezet om alle mensen die kampen met langdurige post-COVID klachten zo goed als mogelijk te ondersteunen, bijvoorbeeld door het financieren van onderzoek naar de diagnose en behandeling van post-COVID en door het tijdelijk vergoeden van paramedische herstellzorg. Specifiek voor de zorg heeft de minister voor LZS de Subsidieregeling Behoud langdurige zieke werknemers opgezet, waarmee werkgevers en werknemers langer de tijd konden nemen voor re-integratie en herstel op het werk. Mochten werknemers door post-COVID toch langer dan twee jaar ziek zijn waardoor zij minder kunnen werken en verdienen, bestaat in Nederland het stelsel van sociale zekerheid.

Het aanvullend financieel ondersteunen van een specifieke groep zorgmedewerkers, bovenop wat al wordt gedaan, vraagt om een zeer zorgvuldig besluit en daarbij horend proces. Immers, een dergelijke regeling volgt niet uit de juridische plicht op basis van aansprakelijkheid, maar vanuit de morele verplichting die het kabinet voelt jegens deze specifieke groep zorgmedewerkers. Daarbij moet onder andere in ogenschouw worden genomen dat ook andere mensen grote gevolgen ervaren door langdurige post-COVID klachten. Het verzoek tot voorlichting aan de Afdeling Advisering van de Raad van State en de verkenning met de werkgeversorganisaties waren een waardevolle en noodzakelijke stap om te komen tot het besluit om vanuit het kabinet een regeling te treffen.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de minister niet bereid is om diagnose, behandeling, kennisbundeling en expertise voor post-COVID-patiënten samen te laten komen op één locatie. Tegelijkertijd krijgen deze leden signalen dat er op verschillende locaties een behandelstop is voor post-COVID-patiënten omdat deze behandeling te duur wordt. Kan de minister deze signalen duiden?

Ik denk dat de leden van de PvdA-fractie duiden op de signalen van de behandelstop door poliklinieken van patiënten met post-COVID van Erasmus MC en het Amsterdam UMC waarover onlangs een artikel in de Volkskrant stond.

Ik snap de zorg. Het is belangrijk dat patiënten toegang hebben tot de meest optimale zorgverlener voor hun zorgvraag. Het is aan de zorgprofessionals in samenwerking met patiënten om deze zorg, op basis van de professionele standaarden, te leveren. Afhankelijk van de zorgvraag is het aan de zorgprofessional om te beoordelen wat een passende behandeling is en waar deze geboden wordt. In het geval van post-COVID hoeft dit in veel

gevallen niet een academische polikliniek zijn. Daar ligt de focus op onderzoek. Zorgverlening aan Post-COVID patiënten zal grotendeels plaatsvinden in de eerste en de tweede lijn. De behandelend arts kan patiënten, indien medisch noodzakelijk, door verwijzen naar een academisch centrum.

Hoe borgt de minister dat er voldoende hoogwaardige zorg is voor post-COVID-patiënten?

Zorgprofessionals kijken in samenspraak met de patiënt wat een passende behandeling is. Dit kan zowel in de eerste als tweedelijns zorg plaatsvinden. De behandelend arts kan patiënten, indien medisch noodzakelijk, doorverwijzen naar een academisch centrum.

De multidisciplinaire richtlijn 'Langdurige klachten na COVID-19' van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Longalliantie Nederland (LAN) geeft antwoord op vragen over diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met langdurige coronaklachten en patiëntenvoorlichting.

Daarnaast treedt PostCovidNL, onderdeel van het Longfonds, op als patiëntvertegenwoordiger, waarbij informatievoorziening en lotgenotencontact belangrijke elementen zijn. Ook kunnen mensen met klachten langer dan drie maanden terecht bij C-support voor een integrale aanpak van hun klachten (het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het (psycho-)sociale domein).

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen ten aanzien van de paragraaf over de vaccinatie tegen COVID-19 de minister te reflecteren op de enorme winsten die sommige vaccinproducenten hebben gemaakt in de coronacrisis. Welke lessen trekt de minister hieruit?

In de gewijzigde epidemiologische en mondiale situatie ben ik van mening dat er kritisch gekeken moet worden naar het verlengen van de bestaande COVID-19-vaccincontracten met de verschillende farmaceutische bedrijven. De publieke besteding van middelen aan geneesmiddelen, inclusief COVID-19-vaccins, dient zo doelmatig mogelijk te gebeuren.

Ik meng mij dan ook actief in discussies over de inrichting van toekomstige inkoop van geneesmiddelen in pandemische situaties. Met de opgedane kennis en ervaring van de afgelopen jaren is het zaak om toekomstige contracten voor inkoop van geneesmiddelen in pandemische situaties op te stellen op een wijze die past bij een duurzaam en maatschappelijk verantwoord gebruik van publieke middelen.

Heeft dit wat de minister betreft nog invloed op het kabinetsstandpunt rond het loslaten van patenten om de vaccinproductie en -verspreiding ook in ontwikkelingslanden te vergroten?

Universele en eerlijke toegang tot vaccins is een belangrijk uitgangspunt en het kabinet blijft zich positief opstellen bij iedere kansrijke oplossing om dit doel dichterbij te brengen. Zowel binnen Europese als mondiale gremia is Nederland actief betrokken bij discussie over toegang en beschikbaarheid van vaccins en andere essentiële medische tegenmaatregelen. Als concreet voorbeeld noem ik in dit kader ook de tweede editie van het World Local Production

Forum (WLPF) dat Nederland eind van het jaar samen met de WHO zal organiseren. Het thema van universele en eerlijke toegang is hierbij een belangrijk onderwerp.

Genoemde leden vragen inzake de paragraaf over kennis en onderzoek naar post-COVID hoe de minister optimale dienstverlening aan patiënten met post-COVID voor zich ziet, als hij een fysiek expertisecentrum op één plek niet passend vindt. Patiënten hebben ermee te maken dat de professional bij wie zij aankloppen, niet voldoende kennis over post-COVID heeft en van de ene naar de andere professional gaan om passende ondersteuning te krijgen. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat zorgprofessionals up to date zijn met de kennis en inzichten over het post-COVID en passende behandelingen?

De beroepsorganisaties, Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS), zijn verantwoordelijk voor het opstellen van richtlijnen. Zo geeft de multidisciplinaire richtlijn 'Langdurige klachten na COVID-19' van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Longalliantie Nederland (LAN) antwoord op vragen over diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met langdurige coronaklachten en patiëntenvoorlichting. Koepelorganisaties kunnen dit vervolgens opnemen in hun nascholingsprogramma's. Het is van groot belang om kennis en expertise over post-COVID te bundelen. Daarom ben ik met C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in gesprek over de inrichting van een expertisecentrum. Ook de patiëntenorganisaties zijn daarbij betrokken. Kennisdeling zal een belangrijk onderdeel van dit expertisecentrum zijn.

Zorginstellingen en zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor patiëntgerichte, kwalitatief goede en veilige zorg. De Rijksoverheid helpt mee door voorwaarden te maken via wetgeving en daarop toe te zien.

Deze leden wijzen specifiek op arbo-/bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die een cruciale rol spelen voor post-COVID-patiënten.

Ik ben het met deze leden eens dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen een belangrijke rol spelen voor post-COVID patiënten, net zoals dat voor mensen met andere ziekten of beperkingen het geval is. Zeker bij een moeilijk objectiveerbare of niet direct zichtbare ziekte of aandoening, zoals ook post-COVID, begrijp ik dat voor patiënten de erkenning voor hun klachten door een arts heel erg belangrijk is. En ook dat daar rekening mee gehouden wordt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Voor patiënten met een moeilijk objectiveerbare ziekte zoals post-COVID, geldt net als voor iedereen, dat er door een verzekeringsarts objectief wordt beoordeeld hoeveel inkomensverlies iemand lijdt door de ziekte of beperking. Op basis daarvan wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage vastgesteld. Dat kan van persoon tot persoon verschillen, ook bij vergelijkbare klachten. Er zijn verschillende manieren waarop wordt gewaarborgd dat er sprake is van een eenduidige werkwijze. Belangrijk daarbij is dat verzekeringsartsen beschikken over actuele medische kennis rondom de arbeidsongeschiktheidsvaststelling. Te denken valt aan verplichte scholing, vakliteratuur, handboeken, intercollegiaal overleg en verschillende protocollen en richtlijnen voor bijvoorbeeld het postcovid syndroom, het chronisch vermoeidheidssyndroom, Q-koorts, de ziekte van Lyme en voor somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten. Er ligt een aangenomen motie door de heer Van Kent die oproept te komen tot een brede handreiking voor moeilijk objectiveerbare ziekten (Kamerstuk 26 448, nr. 674) (Handelingen II 2021/22, nr. 74, item 9). Het ministerie van SZW verkent hoe zo'n handreiking vorm kan krijgen en of dat helpt bij een betere beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Er ligt een plan van aanpak en er wordt overleg over gevoerd met het UWV. Ook zullen

patiëntenorganisaties, cliëntenorganisaties, sociale partners, artsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hierbij betrokken worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe bekend C-support is bij post-COVID-patiënten. Welke inzet pleegt de minister om deze bekendheid blijvend te verspreiden onder post-COVID-patiënten?

Het is belangrijk dat patiënten C-support weten te vinden. C-support is een belangrijke organisatie die patiënten met post-COVID adviseert en ondersteunt en kijkt naar de klachten en naar de gevolgen van deze klachten op alle leefgebieden. Ook verzorgt C-support de registratie van de patiënten met post-COVID klachten. Op het moment van schrijven staan er zo'n 22.000 patiënten met post-COVID geregistreerd bij C-Support en wekelijks komen daar nog vele registraties bij. Uit het feit dat er nog steeds registraties bij C-support binnenkomen leid ik af dat deze organisatie goed gevonden wordt door patiënten met post-COVID klachten.

Het ministerie van VWS onderhoudt contact met C-support (en patiëntenorganisaties zoals PostCovidNL) en bespreekt benodigde acties ten aanzien van communicatie met deze partijen. Ook is de post-COVID pagina op Rijksoverheid.nl onlangs vernieuwd zodat informatie makkelijker te vinden is, en is de link naar de website van C-Support, alsook PostCovidNL, op diverse plekken aanwezig.

Genoemde leden zien de inzet van de minister om in Europees verband bestaande onderzoeken en kennis te bundelen en zo sneller tot resultaat te komen. Zij vragen de minister hoeveel draagvlak er in de EU is voor deze aanpak. Deze leden maken zich zorgen dat als er in de EU weinig animo is, voor de Nederlandse inzichten in behandeling en oorzaken Nederland toch op zichzelf is aangewezen. Hoe schat de minister dit in? Daarnaast vinden deze leden het zorgelijk dat veel van de onderzoeken die nu in Nederland lopen, relatief kortdurend van aard zijn en daardoor de continuïteit van onderzoek onder druk staat. Deze leden vinden het moeilijk voor te stellen dat kortdurend onderzoek voldoende is om alle inzichten op post-COVID op te doen.

Er bestaat binnen de EU gelukkig brede steun voor het intensiveren van de Europese coördinatie en samenwerking ten aanzien van post-COVID. Deze steun is door diverse lidstaten en de Europese Commissie uitgesproken tijdens de EU-Gezondheidsraad van 14 maart jl. Hoewel ik uw zorg aangaande het eventueel ontbreken van animo snap, deel ik deze niet, en zie ik deze Europese samenwerking op dit punt juist met vertrouwen tegemoet.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar het aanbod van post-COVID-zorg in poliklinieken. Zij wijzen op de recente berichtgeving hierover³². Is de minister het met deze leden eens dat er een groep patiënten is die niet voldoende heeft aan ambulante begeleiding maar behoefte heeft aan zorg van specialisten in een academisch centrum?

Ja. Zorgverlening aan patiënten met post-COVID klachten zal grotendeels in de eerste en tweede lijn plaatsvinden. Maar indien medisch noodzakelijk kan een behandelend arts een patiënt doorverwijzen naar een academisch centrum.

³² De Volkskrant, 3 maart 2023, 'Poliklinieken moeten patiënten met postcovid weigeren, de zorg is niet meer te betalen' <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/poliklinieken-moeten-patienten-met-postcovid-weigeren-de-zorg-is-niet-meer-te-betalen~be9b0100/>

Welke garantie kan de minister aan deze groep patiënten geven dat zij goede zorg blijven krijgen? Is het voor de minister, net als voor deze leden, ook geen optie dat poliklinische zorg zou verdwijnen voor post-COVID-patiënten?

Het is belangrijk dat alle patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. In artikel 11 van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Deze zorgplicht houdt in dat een verzekerde voor verzekerde zorg bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit zorg (bij een naturapolis) of vergoeding van de kosten van de zorg (restitutiepolis). De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het tijdig leveren van passende zorg aan de individuele verzekerde. Om ervoor te zorgen dat dit lukt, moet hij voldoende zorg inkopen en sturen op een gepast gebruik van zorg. De verzekerde moet dus de zorg krijgen die hij op medisch inhoudelijke gronden nodig heeft. Als het nodig is, bemiddelt de verzekerde naar zorg. De NZa ziet toe op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Het is aan de zorgprofessionals om deze zorg, op basis van de professionele standaarden, te leveren. Afhankelijk van de zorgvraag is het aan de zorgprofessional om te beoordelen wat een passende behandeling is en waar deze geboden wordt.

Welke stappen zet hij in overleg met zorgverzekeraars om dat te voorkomen?

Het ministerie van VWS gaat niet over de hoogte van de vergoeding die ziekenhuizen ontvangen van zorgverzekeraars, dit is tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderling.

Deze leden vragen of de minister van plan is om de regeling voor paramedische herstelzorg bij post-COVID in het basispakket te verlengen, zodat deze ook na 1 augustus 2023 geldt.

Op dit moment ben ik aan het verkennen of de regeling verlengd kan worden. Voor de zomer zal ik u via de Pakketbrief nader informeren over de mogelijkheid tot verlenging van de regeling.

Daarnaast vragen zij of de minister bekend is met de signalen dat de herstelzorg die vanuit het basispakket wordt geboden voor sommige patiënten niet voldoende is, bijvoorbeeld omdat ze langer dan twee keer zes maanden zorg nodig hebben. Welke mogelijkheden hebben deze patiënten voor verdere behandeling?

Paramedische herstelzorg wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (op basis van voorwaardelijk toegelaten zorg) vergoed. De verzekering dekt tot maximaal 50 behandelsessies fysio- of oefentherapie, 10 uur ergotherapie en 3 uur diëtetiek. Voor zover bij mij bekend wordt de zorg volledig vergoed. De declaratiecijfers ondersteunen dit vermoeden. Gemiddeld gebruikten patiënten, die in de eerste maand van de regeling gestart zijn (juli 2020), 35 behandelingen fysio- en oefentherapie. Dit is inclusief patiënten met een tweede behandeltermijn, de declaratiegegevens maken geen onderscheid tussen de eerste en tweede behandeltermijn. Patiënten die in augustus 2021 zijn gestart namen gemiddeld circa 30 behandelingen af en in november 2021 lag dit gemiddelde op ongeveer 28. De declaratiecijfers laten zien dat dit gemiddelde blijft dalen.

Hoeveel kinderen hebben post-COVID? Wat zijn de inzichten in de risico's, het ziektebeeld en behandelmogelijkheden bij kinderen?

Zoals ook de Gezondheidsraad (GR) aangeeft zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar over het aantal jonge kinderen dat het post-COVID-syndroom krijgt, wat de risicofactoren zijn en in welke mate vaccinatie bescherming biedt tegen het optreden van het post-COVID-syndroom.

Ik ben me er overigens terdege van bewust dat er een groep kinderen is die, net als volwassenen, last heeft van langdurige klachten na corona. Daarom is het goed dat kinderartsen uit heel Nederland hier onderzoek naar doen: COPP Studie LUMC – Landelijk COVID-19 onderzoek bij kinderen (covidkids.nl).

Bij C-support hebben 22.000 mensen zich gemeld met vragen/advies over post-COVID klachten. In ongeveer 280 gevallen betreft dit kinderen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de minister de kans op post-COVID na besmetting met corona meeweegt in het coronabeleid, en specifiek voor de noodzaak tot testen en isolatie bij besmetting om de kans op het doorgeven van het virus te verkleinen.

Vanaf het moment dat bekend werd dat een besmetting met corona ook tot langdurige klachten, nu onder andere bekend onder de term post-COVID, konden leiden is daar rekening mee gehouden bij het bepalen van de ziektelast. Bij de afweging tussen de positieve gevolgen van maatregelen op het verminderen van de ziektelast en de negatieve gevolgen van maatregelen op sociale en economische aspecten is dus rekening gehouden met langdurige klachten na een besmetting.

Genoemde leden vragen naar de uitvoering van de motie van het lid Bikker c.s.³³. In de motie wordt gevraagd om in de maatregelenladders/sectorplannen ook maatregelen op te nemen die juist ondersteunend zijn voor kwetsbare groepen. Worden deze maatregelen opgenomen in de resultaten van de botsproef die nog met de Kamer worden gedeeld? Zo niet, op welke manier geeft de minister dan wel uitvoering aan de motie?

Tijdens het opstellen van de sectorplannen is aan sectoren uitdrukkelijk gevraagd rekening te houden met communicatie, ventilatie en kwetsbare doelgroepen.

Ook is er inmiddels een handreiking voor ontmoetingsplekken en buurtcentra opgesteld en zijn er gesprekken gevoerd met kerken. Het belang van het openhouden van dergelijke voorzieningen, ook voor kwetsbare groepen, wordt ondersteund door de eerdere lokale rondetafelgesprekken die dit voorjaar zijn gevoerd in een zestal gemeenten.

Ten slotte zijn de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Economische Zaken en Klimaat (EZK) en Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK) na het afronden van de langetermijnaanpak van het kabinet in gesprek gegaan met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en een zestal (grens)gemeenten. Tijdens deze besprekingen is afgesproken om een zogenaamde botsproef uit te voeren om knelpunten in de lokale context vroegtijdig te signaleren en aandachtspunten die daaruit volgen gezamenlijk op te pakken. Deze botsproef heeft eind 2022 plaatsgevonden en de uitkomsten van deze botsproef worden binnenkort met alle genoemde partijen besproken. U wordt over de uitkomsten van deze botsproef in de stand van zakenbrieven op de hoogte gehouden.

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 1911.

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de recente bevindingen van een groep Nederlandse onderzoekers, dat een regionale aanpak in het begin van de coronacrisis effectief was geweest. Deze leden zien daarin een bevestiging van hun eerdere pleidooien voor meer regionaal maatwerk. Zij vragen op welke manier deze les wordt meegenomen in toekomstscenario's.

Het kabinet vindt het belangrijk om de kennis die we kunnen vergaren over de effecten van maatregelen, te achterhalen en te gebruiken voor toekomstige situaties. Verschillende kennisinstellingen hebben trajecten op dit vlak. Daarnaast werkt ZonMw op dit moment een opdracht uit om effecten van maatregelen nog beter in beeld te krijgen. De mogelijkheden van verdere regionale differentiatie van maatregelen worden voor volgende tranches voor aanpassingen van de Wet publieke gezondheid verkend. Aan een regionale aanpak zitten voor- en nadelen, waarvan de balans goed moet worden overwogen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan verplaatsing van mensen van regio's met veel maatregelen naar regio's met weinig maatregelen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Van Haga

De leden van de Groep Van Haga hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister inzake diverse onderwerpen met betrekking tot het COVID-19-virus. Zij hebben nog een aantal vragen. Heeft de minister ten aanzien van de paragraaf over de wijziging van het testbeleid inmiddels al advies ingewonnen van het OMT/MIT over de instandhouding van de testcapaciteit? Zo ja, welk advies hebben deze organen daarover uitgebracht?

Ja. Het OMT is gevraagd om advies te geven over de wenselijkheid dan wel noodzaak van het in standhouden van testcapaciteit en de termijn waarin opschaling zou moeten kunnen plaatsvinden, voor het geval de epidemiologische situatie daar op enig moment wel aanleiding toe geeft. In het advies n.a.v. het 146e OMT COVID-19 is hier op ingegaan: "Het OMT is van mening dat de teststraten kunnen worden afgeschaald. Volledig afschalen van GGD-teststraten zal ertoe leiden dat opbouwen van testcapaciteit langer duurt wanneer een dergelijk scenario, als hierboven benoemd, zich toch zou voltrekken. In het kader van de pandemische paraatheid moet de GGD echter in algemene zin voorbereid zijn om te kunnen opschalen indien nodig, ook voor uitbraken van andere infectieziekten."

Kan de minister uitleggen waarom er überhaupt nog een testinfrastructuur in stand wordt gehouden bij de GGD'en, aangezien de epidemiologische situatie al lang niet meer vraagt om een dergelijke kostbare crisisstructuur?

In mijn brief van 9 februari over de stand van zaken op een aantal COVID-19 gerelateerde onderwerpen informeerde ik u over een eerste afschaling van de testinfrastructuur betreffende het besluit om de GGD'en de ruimte te geven om de testfaciliteiten anders in te richten door bijvoorbeeld iets langere aanrijdtijden aan te houden en om niet meer klaar te staan voor 100.000 testafspraken per dag in acht weken.³⁴

In mijn brief over de Besluiten resterende adviezen COVID-19 van 10 maart 2023 (Kamerstuk 25 295, nr. 2041) gaf ik aan dat n.a.v. het OMT-advies de teststraten bij de GGD zo snel mogelijk helemaal zouden worden gesloten. Met uitvoeringsorganisaties wordt

³⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 2012

uitgewerkt hoe de testinfrastructuur na het sluiten van de teststraten zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden afgeschaald.

Kan de minister inzichtelijk maken welke kosten het (deels) in stand houden van een COVID-19 testinfrastructuur met zich meebrengt?

Zoals gezegd wordt uitgewerkt hoe de testinfrastructuur na het sluiten van de teststraten zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden afgeschaald. Daarbij wordt in beeld gebracht hoe indien nodig met minimale kosten een adequate paraatheid voor COVID-19 kan worden bewaard, bijvoorbeeld door het onderhouden van bestaande IV-infrastructuur.

Ook willen deze leden graag weten wat de personele gevolgen zijn van het (deels) behouden van het test-instrumentarium. Hoeveel mensen zijn er heden ten dage bij de GGD in dienst ten behoeve van het testbeleid, worden deze mensen ook daadwerkelijk actief ingezet op dit moment en zijn deze mensen daadwerkelijk nodig voor het aantal testen dat nog bij GGD'en wordt afgenomen?

Met het sluiten van de teststraten wordt er op dit moment geen personeel meer ingezet voor het afnemen van testen in de GGD-teststraten.

Waarom schaalt de minister de externe testinfrastructuur niet helemaal af en belegt hij het testbeleid bij huisartsen en lokale GGD-departementen, naar eigen inzicht en vraag?

De testinfrastructuur wordt afgeschaald. De COVID-19-specifieke adviezen worden vervangen door generieke adviezen. Dit geldt ook voor het testbeleid. De COVID-19-diagnostiek wordt weer ondergebracht bij de reguliere zorg, in lijn met de vigerende professionele richtlijnen.

Wat vindt de minister van de berichtgeving over de enorme winsten van commerciële testaanbieders³⁵, die deels werden gesubsidieerd door de overheid?

Voor de operatie van Testen voor Toegang is gekozen voor de inzet van commerciële testaanbieders. De hoogte van de vergoeding aan gecontracteerde testaanbieders is mede op basis van marktonderzoek tot stand gekomen. In de beginfase werd gewerkt met een vergoeding voor het in stand houden van testcapaciteit. Vanaf 11 oktober 2021, toen de markt volwassen genoeg was, hebben testaanbieders een vast bedrag per test ontvangen.

Hoeveel heeft het rijk precies uitgegeven aan de ondersteuning van commerciële testaanbieders en op basis van welke criteria zijn deze subsidies toegekend?

Ervan uitgaande dat de vraag het Testen voor Toegang betreft antwoord ik u het volgende. Commerciële testaanbieders hadden voor het Testen voor Toegang een contract met SON. Deze aanbieders zijn betaald op basis van dat contract en niet op basis van een subsidie. In het jaarverslag van SON is verdere toelichting op de operationele activiteiten van SON te vinden. Vanuit VWS is er afgerond 350 miljoen euro excl. BTW betaald aan SON voor de opdracht voor Testen voor Toegang voor het verslagjaar 2021-2022 (Testen voor Toegang is gestopt in maart 2022).

³⁵ NOS, 28 februari 2023, 'Commerciële coronatestbedrijven verdienen miljoenen, wat doen ze nu?' (<https://nos.nl/artikel/2465549-commerciele-coronatestbedrijven-verdienden-miljoenen-wat-doen-ze-nu>)

Hoe is de kwaliteit van de ingezette testen van deze aanbieders gegarandeerd en zijn er met deze aanbieders op voorhand afspraken gemaakt over het winstoogmerk?

Onderdeel van de overeenkomst die is aangegaan met commerciële testaanbieders via de Open House-procedure waren een aantal kwaliteitscriteria. Als een commerciële testaanbieder niet kon voldoen aan die criteria, werd de testaanbieder niet toegelaten als contractpartij. Naast de rol van de testaanbieder zelf om de kwaliteit te borgen werden er ook controles uitgevoerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en had SON een eigen kwaliteitsteam dat zich bezighield met het niveau van de kwaliteit van de teststraten, met daarbij bijzondere aandacht voor de informatiebeveiliging.

Testaanbieders kregen gedurende het grootste gedeelte van Testen voor Toegang een vaste prijs per test. Deze was vooraf vastgesteld als onderdeel van de Open House-procedure. De prijs per test was voor iedere testaanbieder hetzelfde, dat geldt ook voor de contractuele afspraken. Met iedereen zijn dezelfde overeenkomsten gesloten. In de beginfase waarin testcapaciteit opgebouwd werd, is gewerkt met een vergoeding voor het in stand houden van testcapaciteit.

Kan de minister overzicht geven van welke commerciële testaanbieders geld van de overheid hebben ontvangen, op basis van welke afspraken en welke winsten zijn gemaakt?

Alle Open House contracten die SON heeft gesloten zijn door haar openbaar gemaakt. Er is noch bij VWS, noch bij SON inzicht in hoeverre gecontracteerde testaanbieders winst hebben gemaakt. De contracten waren in iedere fase van Testen voor Toegang voor alle testaanbieders identiek. In Open House 1 en in Open House 2 zijn testaanbieders die aan alle vereisten voldeden, na loting door de notaris gecontracteerd. In Open House 3 werden contracten gesloten met testaanbieders die aan alle vereisten konden voldoen.

De leden van de Groep Van Haga willen graag weten hoe de minister reflecteert op de behoorlijk lage vaccinatiegraad voor de zogenaamde 'herhaalprikken'. Slechts 28 procent van de zorgmedewerkers heeft volgens de brief van de minister een herhaalprik gehaald en ook bij de groep mensen die behoort tot de medisch risicogroep, is de vaccinatiebereidheid inmiddels laag. Vindt de minister zelf niet dat het grootschalig en met grote drang gepaard gaande meermaals vaccineren met een vaccin dat qua effectiviteit duidelijk te wensen overlaat een vergissing is geweest?

Deze mening deel ik niet. Ik heb uw Kamer meermaals geïnformeerd over de effectiviteit van de vaccins en de grote bijdrage van vaccinaties aan de bestrijding van de pandemie. Ook in mijn brief van 9 februari jl.³⁶ staat duidelijk beschreven dat het vaccineren in de najaarscampagne effectief was tegen ziekenhuis- en IC-opname. Daarnaast heeft ieder persoon voor zichzelf de keuze kunnen maken om zich wel of niet te laten vaccineren. Ik neem dan ook afstand van de stellingname dat er van enige drang tot vaccinatie is geweest.

Deze leden vragen zich voorts af waarom de minister in zijn Kamerbrief spreekt over 'meerdere vaccinatierondes in 2023' en of het recente, nieuwe advies van het OMT-V³⁷ om niet langer bevolkingsbreed te gaan vaccineren dat voornemen heeft veranderd.

³⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 2012

³⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 2021

Het COVID-19-vaccinatiebeleid komt tot stand op basis van medisch advies van de Gezondheidsraad en het OMT-V. Op 24 februari jl. heeft het OMT-V geadviseerd om géén algemene vaccinatieronde te organiseren in het voorjaar van 2023. Dit advies heb ik overgenomen en ik heb uw Kamer hier op 10 maart jl.³⁸ over geïnformeerd. Personen die de basisserie nog niet hebben ontvangen, of na 18 september 2022 geen herhaalprik meer hebben gehad, kunnen deze vaccinatie(s) wel nog halen. Daarnaast is het voor individuele patiënten mogelijk om op doorverwijzing van de medisch specialist een extra herhaalprik te ontvangen. Het gaat hierbij nadrukkelijk om individuele patiënten en niet om complete patiëntengroepen.

Het kabinet houdt echter nog steeds rekening met een eventuele vaccinatieronde in het najaar van 2023. Of en wanneer een mogelijke nieuwe vaccinatieronde precies zal plaatsvinden is op dit moment nog niet bekend. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over de vaccinatiestrategie tegen COVID-19 op de lange termijn. Dit advies wordt in de zomer van 2023 verwacht. Het responsteam van het RIVM blijft de epidemiologische situatie voortdurend monitoren en het OMT-V zal bijeengeroepen worden op het moment dat een nieuwe vaccinatieronde overwogen moet worden.

Indien de minister toch nog voornemens is om (bepaalde bevolkingsgroepen) periodiek te gaan en blijven vaccineren, om hoeveel vaccinatierondes gaat het dan en gebaseerd op welke epidemiologische urgentie acht de minister het gerechtvaardigd om bevolkingsgroepen boven de twaalf jaar te vaccineren met een middel dat de meeste mensen in de samenleving niet nodig hebben, aangezien zij:

- 1. Geen gezondheidsrisico lopen;*
- 2. De effectiviteit van het vaccin, bijvoorbeeld tegen transmissie, veel slechter is dan eerder gedacht;*
- 3. De huidige (en eventueel nieuwe) varianten niet ziekmakender zijn dan de Omikronvariant, die al voor het overgrote deel van de bevolking ongevaarlijk was.*

Zie mijn antwoord op voorgaande vraag. Of een nieuwe vaccinatieronde nodig is, hangt van diverse factoren af. Het responsteam van het RIVM houdt de epidemiologische situatie in de gaten. Inzien zij aanleiding zien om te overwegen een nieuwe vaccinatieronde te starten of de doelgroepen voor de huidige herhaalprik uit te breiden, wordt een OMT-V bijeengeroepen om hierover te adviseren. Daarnaast zal de Gezondheidsraad in de zomer van 2023 adviseren over de COVID-19-vaccinatie op de lange termijn.

Overigens deel ik het standpunt dat de omikronvariant ongevaarlijk was niet. Hoewel de omikronvariant over het algemeen milder verloopt, heeft ook deze variant geleid tot ziekenhuis- en IC-opnames. Tot slot deel ik ook het standpunt dat toekomstige virusvarianten niet ziekmakend kunnen zijn niet. De evolutie van het virus wordt dan ook goed gemonitord door het responsteam van het RIVM.

Deze leden wijzen de minister ook op de schriftelijke vragen van het lid Van Haga³⁹ met betrekking tot de overcapaciteit van coronavaccinatielocaties en de grootschalige

³⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 2041

³⁹ Vragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over capaciteit coronavaccinatielocaties en het advies van het OMT-V (ingezonden 28 februari 2023) (Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 2230)

investeringen die overheden hebben gedaan in farmaceutische bedrijven die coronavaccins maken. Kan de minister hierop ingaan?

De antwoorden op de schriftelijke vragen van het lid Van Haga worden separaat aan uw Kamer verzonden.

Daarnaast vragen genoemde leden waarom de minister zo lang heeft volhard in het (grootschalig) vaccineren van de bevolking tegen COVID-19, terwijl er nog altijd nauwelijks data beschikbaar is om uit te sluiten dat de vaccinaties niet (deels) in verband kunnen worden gebracht met ernstige bijwerkingen en/of (over)sterfte. Vindt de minister het niet verstandig om, in ieder geval zolang de epidemiologische situatie zich gunstig blijft ontwikkelen, het COVID-19-vaccinatieprogramma in zijn geheel en voor iedereen te staken en zo snel mogelijk werk te maken van de volgende tranche in het onderzoek naar de oversterfte, nu ook de test- en vaccinatiegegevens wel blijken te kunnen worden vrijgegeven? Acht de minister het niet noodzakelijk om deze periode te gebruiken om in kaart te brengen wat de eventuele effecten van deze nieuwe vaccins zijn op de volksgezondheid, zeker nu de berichtgeving over aanhoudende oversterfte en onverklaarbare (ernstige) gezondheidsklachten bij (jonge) mensen persisteert? Is de minister zich ervan bewust dat meerdere wetenschappers inmiddels aangeven dat het ontbreken van een verband tussen het COVID-19-vaccinatieprogramma en de oversterfte helemaal niet uitgesloten kan worden, omdat de data daarvoor ontbreekt?

Zoals ik reeds meermaals in eerdere antwoorden op Kamervragen heb aangegeven, is er brede wetenschappelijke consensus over de effectiviteit van de vaccins in het voorkomen van ernstige ziekte en sterfte door COVID-19 en de geringe kans op ernstige bijwerkingen na vaccinatie. Vermoedens van bijwerkingen, waaronder overlijden, worden bijgehouden door Bijwerkingencentrum Lareb. De cijfers van Lareb en de huidige (internationale) wetenschappelijke inzichten op dit terrein geven voor mij op dit moment geen aanleiding het COVID-19-vaccinatieprogramma te staken.

Ik hecht veel belang aan onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar oversterfte. Het onderzoek naar oversterfte over 2020 en 2021 wordt gefaciliteerd door ZonMW en een onafhankelijke begeleidingscommissie die hiervoor een onderzoeksagenda heeft uitgewerkt. De onderzoeksagenda biedt ook ruimte aan vragen rondom vaccinatie. Het is aan onafhankelijke onderzoekers om te bezien wat noodzakelijk is om te onderzoeken. De laatste onderzoeksvoorstellen worden op dit moment beoordeeld en zullen naar alle waarschijnlijkheid binnenkort starten. Ik zal de resultaten nauwlettend volgen.

Om deze onderzoeken te faciliteren heb ik samen met het RIVM, de GGD'en en CBS gewerkt aan het beschikbaar maken van de vaccinatiegegevens en de positieve testgegevens. Beide datasets zijn gepseudonymiseerd binnen de beveiligde onderzoeksomgeving van het CBS beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek.

Kan de minister uiteenzetten hoeveel de bovengenoemde 'meerdere vaccinatierondes' het rijk zullen gaan kosten in 2023, indien de overheid toch besluit om periodiek bepaalde bevolkingsgroepen te blijven vaccineren?

Ik heb uw Kamer op 10 maart jl.⁴⁰ geïnformeerd over mijn besluit om, naar aanleiding van het tweede OMT-V-advies, in het voorjaar van 2023 geen algemene COVID-19-vaccinatiecampagne te organiseren.

Ik houd echter nog steeds rekening met een eventuele vaccinatieronde in het najaar van 2023. Of en wanneer een mogelijke nieuwe vaccinatieronde precies zal plaatsvinden is op dit moment nog niet bekend. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over de vaccinatiestrategie tegen COVID-19 op de lange termijn. Dit advies wordt in de zomer van 2023 verwacht. Het responsteam van het RIVM blijft de epidemiologische situatie voortdurend monitoren en het OMT-V zal bijeengeroepen worden op het moment dat een nieuwe vaccinatieronde overwogen moet worden. De eventuele kosten zijn afhankelijk van het beleid dat bepaald wordt naar aanleiding van toekomstig medisch advies.

Hoeveel vaccindoses zullen er voor 2023 worden ingekocht, op basis van welke afnameverwachting? Hoeveel doses van het eiwitvaccin Novavax zullen uit leveringen van andere EU-lidstaten worden overgenomen, op basis van welke afnameverwachting en tegen welke prijs?

Door lopende onderhandelingen kan ik momenteel geen uitsluitsel geven over de nog te leveren en aan te schaffen vaccins in 2023. Zodra er meer duidelijkheid is over de uitkomst van de onderhandelingen zal ik uw Kamer informeren.

In het eerste kwartaal van 2023 zijn 3.000 Novavax vaccins overgenomen van Oostenrijk. Hoeveel Novavax vaccins in de toekomst aangeschaft of, indien mogelijk, overgenomen worden van andere landen is afhankelijk van de vraag naar en houdbaarheid van het vaccin. Ik draag zorg dat er een eiwitvaccin op voorraad is. Ik kan geen uitspraak doen over de prijs van het vaccin, omdat het hier gaat om bedrijfsvertrouwelijke informatie.

Hoe groot is het surplus aan coronavaccinaties dat zal worden gedoneerd aan andere landen en hoeveel verlies zal Nederland hierdoor maken als gevolg van ingekochte, maar niet ingezette vaccinaties?

De ontwikkeling van het virus bepaalt of en zo ja, wanneer een nieuwe vaccinatieronde moeten worden gestart. Ik kies ervoor om vaccins die Nederland wel op voorraad heeft en zeer waarschijnlijk niet nodig zijn voor nationaal gebruik (onder andere gebaseerd op het te verwachten opkomstpercentage) zo snel mogelijk te doneren. Dit zodat zo min mogelijk vaccins verloren gaan.

Op dit moment heeft Nederland rond de 730.000 monovalente volwassenvaccins, 6 miljoen bivalente volwassenenvaccins en 150.000 kindvaccins voor de groep 5-11 jaar beschikbaar voor donatie.

Hoeveel gaat het afvoeren van vaccins die niet langer houdbaar zijn de Nederlandse staat kosten?

Het afvoeren en vernietigen van COVID-19-vaccins vindt plaats onder de geldende farmaceutische wet- en regelgeving, via de afvalverwerker die hiervoor door de logistieke dienstverlener van het RIVM is gecontracteerd. Het afvoeren van vaccins die over de

⁴⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 2041

houdbaarheid gaan heeft in de afgelopen periode tussen de 15.000 en 20.000 euro gekost. Voor 2023 zijn de kosten voor het afvoeren van vaccins ook onderdeel van het budget van het RIVM.

Kunnen de gelden die worden gebruikt voor het voortzetten van het COVID-19-vaccinatieprogramma niet beter worden ingezet voor, bijvoorbeeld, het structureel opschalen van de zorgcapaciteit in Nederland en/of het inzetten op preventie en leefstijlverbetering van de Nederlandse bevolking?

In mijn brief aan uw Kamer van 9 februari jl.⁴¹ staat beschreven dat het vaccineren in de najaarscampagne van 2022 effectief was tegen ziekenhuis- en IC-opname. Hierdoor is de zorg beschikbaar voor mensen die het om een andere reden dan COVID-19 nodig hebben.

Aangezien de opgebouwde immuniteit tegen COVID-19 binnen de samenleving op dit moment hoog is wegens vaccinatie en doorgemaakte infectie, wordt de basiscapaciteit van het COVID-19-vaccinatieprogramma afgeschaald. Dit zal resulteren in een verlaging van de kosten ten opzichte van eerdere jaren. Als de bescherming in de samenleving afneemt of een nieuwe variant zich ontwikkelt zullen vaccinatierondes wederom noodzakelijk zijn om ook in de toekomst mensen te beschermen, en druk op de zorg te voorkomen. Dit geldt niet alleen voor COVID-19, maar ook voor andere infectieziekten.

Tijdens de crisis hebben we geleerd, dat met een hogere IC- of ziekenhuiscapaciteit bij exponentiële groei in besmettingen, slechts beperkt tijd wordt gekocht, voordat de zorg vastloopt. Daarom ging inzet op de IC- en ziekenhuiscapaciteit altijd gepaard met onder meer het treffen van (contact beperkende) maatregelen en inzet op vaccinaties, zodat ziekenhuis- en IC-opname als gevolg van een coronabesmetting zoveel als mogelijk kon worden voorkomen. Door de grote tekorten aan zorgpersoneel is het structureel ophogen van de zorgcapaciteit bovendien geen kwestie van alleen geld. Het kabinet zet er daarom op in om de bestaande capaciteit optimaal te benutten. Hiervoor is door het zorgveld erg hard gewerkt om innovaties en best-practices te borgen en wordt geïnvesteerd in bijvoorbeeld de Basis Acute Zorg-opleidingen om personeel flexibel in te kunnen zetten.

Denkt de minister niet dat daarmee op de lange termijn meer gezondheidswinst te behalen valt?

Het vaccinatiebeleid is vormgegeven op basis van medisch-wetenschappelijk advies waarin tegen de achtergrond van de epidemiologische situatie op dat moment de gezondheidswinst bij het wel of niet vaccineren van (bepaalde) groepen wordt beoordeeld. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over de vaccinatiestrategie tegen COVID-19 op de lange termijn. Dit advies wordt in de zomer van 2023 verwacht.

Alleen inzetten op verhoging van de zorgcapaciteit is geen duurzame oplossing. Zie mijn antwoord op voorgaande vraag. Bovendien zijn de lange termijngevolgen van een coronabesmetting nog onvoldoende bekend. Tijdens de pandemie is gebleken dat ook gezonde mensen (ernstig) ziek worden van COVID-19. Een ziekenhuisopname kan langdurige effecten hebben op de gezondheid. Vaccinaties kunnen dit (deels) voorkomen. Ik heb op 10 maart jl.⁴² uw Kamer geïnformeerd over mijn besluit om de specifieke adviezen

⁴¹ Kamerstuk 25 295, nr. 2012

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 2041

voor COVID-19 zoveel mogelijk gelijk te stellen aan de generieke adviezen ter preventie van andere luchtweginfecties. Deze adviezen zijn gericht op het beperken van transmissie van luchtweginfecties. Door middel van publiekscommunicatie worden deze generieke adviezen onder de aandacht gebracht.

De leden van de Groep Van Haga zouden heel graag ten aanzien van de paragraaf over het oversterfte-onderzoek en data-toegang een toelichting willen van de minister met betrekking tot zijn keuze om de privacy op te geven als reden om de test- en vaccinatiegegevens niet vrij te geven voor het onderzoek naar oversterfte, aangezien de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) inmiddels heeft verklaard de minister meermaals te hebben gewezen op het feit dat deze gegevens wel degelijk konden worden vrijgegeven ten behoeve van het oversterfteonderzoek. Waarom heeft de minister zo lang volgehouden dat dit een probleem was, terwijl hij ervan op de hoogte was dat dit niet klopte?

Zoals ook in mijn brief gericht aan uw Kamer d.d. 28 september 2022 (Kamerstuk 25 295, nr. 1944) gemeld, blijf ik van mening dat het onderzoek volledig en zonder beperkingen uitgevoerd moet kunnen worden. Het opheffen van juridische belemmeringen is hierin ook benoemd als uitdaging. In de brief aan uw Kamer d.d. 18 november (Kamerstuk 25 295, nr. 1969) heb ik gemeld dat de vaccinatiegegevens en de positieve testgegevens worden gedeeld en dat alle betrokken partijen het erover eens zijn dat het mogelijk maken van de benodigde datatoegang te lang heeft geduurd. De Autoriteit Persoonsgegevens benadrukt in haar advies d.d. 13 februari 2023 echter ook dat ‘terughoudendheid bij partijen over de juridische grondslag’ voorstelbaar is.

Vond de minister de aanhoudende oversterfte niet dusdanig urgent dat het oplopen van een half jaar vertraging met het onderzoeken van de oorzaken daarvan wat hem betreft onwenselijk was?

Oversterfte is een belangrijke indicator die duidelijk maakt dat er meer mensen overlijden dan werd verwacht. Door de COVID-pandemie was dit helaas voor langere tijd het geval. De doodsoorzakenstatistiek wordt continu door het CBS bijgehouden en hier wordt ook met regelmaat over gepubliceerd⁴³. Hiernaast is het belangrijk de redenen en oorzaken van oversterfte nader te onderzoeken. Dit vraagt om diepgravende analyses en dat kost tijd. Sinds december 2021 wordt er hard gewerkt aan het mogelijk maken en uitvoeren van een onderzoek naar redenen en oorzaken van de oversterfte. Traject 1 is in februari 2022 afgerond door het CBS en traject 2 is in juni 2022 afgerond door het CBS en het RIVM. De onderzoekslijnen uit traject 3 lopen op dit moment. Hierin kunnen onafhankelijke onderzoekers dieper onderzoek doen naar de redenen en oorzaken die de oversterfte mogelijk kunnen verklaren. Ik heb mij er steeds voor ingezet om dergelijk onderzoek mogelijk te maken.

Kan de minister concrete redenen geven voor het verstrekken van onjuiste en misleidende informatie aan de Kamer?

Ik heb geen onjuiste en misleidende informatie aan de Kamer verstrekt, zoals in de voorgaande beantwoording aangegeven.

⁴³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/reeksen/doodsoorzaken>

Bovendien vragen deze leden waarom de minister weigert om de onderzoeksopdracht van traject 3, lijn 2 en 3, uit te breiden met de oversterftecijfers over 2022. Acht de minister het voor de volledigheid niet belangrijk om juist ook het jaar waarin omvangrijke oversterfte zonder COVID-19 als duidelijk aanwijsbare oorzaak heeft plaatsgevonden mee te nemen in het onderzoek naar de aanhoudende oversterfte?

Om snel een eenduidig beeld te krijgen van de oorzaken van oversterfte, is het belangrijk dat het onderzoek conform de eerder vastgestelde opzet kan worden afgerond. Op basis van de onderzoeksresultaten wil ik bezien welke vervolgstappen gewenst zijn.

Vindt hij het voor de evaluatie van het corona- en het vaccinatiebeleid niet van cruciaal belang om deze gegevens te includeren in het onderzoek?

Zoals reeds eerdere beantwoording aangegeven wordt het onderzoek door onafhankelijke wetenschappers naar oversterfte over 2020 en 2021 gefaciliteerd door ZonMW en een onafhankelijke begeleidingscommissie die hiervoor een onderzoeksagenda heeft uitgewerkt. De onderzoeksagenda biedt ook ruimte aan vragen rondom vaccinatie. Het is aan onafhankelijke onderzoekers om te bezien wat noodzakelijk is om te onderzoeken. De laatste onderzoeksvoorstellen worden op dit moment beoordeeld en zullen naar alle waarschijnlijkheid binnenkort starten en ik zal de resultaten nauwlettend volgen.

Vindt de minister niet dat het excluseren van de gegevens over 2022 een onvolledig beeld zal schetsen van de oorzaken van de oversterfte, aangezien er hierdoor een confirmation bias en een potentieel (statistisch) onevenredig groot aandeel aan COVID-19 als oorzaak zal worden toegeschreven? Wat zijn de criteria voor het overgaan tot 'eventuele vervolgstappen en nader onderzoek', als slechts de gegevens van 2020-2021 in traject 3 zullen worden meegenomen? Waarom bepalen deze onderzoeksresultaten of er ook onderzoek gedaan moet worden naar de oversterfte uit het jaar 2022 en welke andere voorwaarden worden hieraan gesteld?

Het onderzoek ziet nu op het onderzoeken van de oorzaken van oversterfte in 2020 en 2021. Er ontstaat dus geen onvolledig beeld van de oorzaken van oversterfte in 2020 en 2021. Ik zie de uitkomsten van dit onderzoek met belangstelling tegemoet.

Hoewel ik begrip heb voor de achterliggende wens om de oorzaken van oversterfte te achterhalen, acht ik aanpassing van de onderzoeksperiode nu niet opportuun. Binnen het laatste traject van het onderzoek, is zoals beschreven in de onderzoeksagenda van ZonMW nadrukkelijk ruimte voor onafhankelijke analyses (replicatie) van de onderzoeksresultaten van het CBS en RIVM. Om een eenduidig beeld te krijgen van de oorzaken van oversterfte, is het belangrijk dat het onderzoek conform de eerder vastgestelde opzet kan worden afgerond. Op basis van deze onderzoeksresultaten wil ik bezien welke vervolgstappen gewenst zijn. Daarbij merk ik op dat dit niet betekent dat onderzoek naar oversterfte in 2022 vanuit de wetenschap niet kan plaats vinden. Met de reeds bij het CBS beschikbare data staat het wetenschappers vrij hier onderzoek naar te doen.

De leden van de Groep Van Haga vragen de minister naar aanleiding van de paragraaf over het CTB wat zijn plannen zijn voor de Dienst Testen, nu de standby-operatie van Testen voor Toegang (TvT) is stopgezet. Wordt de DT nu opgeheven en zo nee, waarom niet?

Naast de verantwoordelijkheid voor de stand-by operatie van Testen voor Toegang vanaf 1 september 2022, was Dienst Testen (DT) verantwoordelijk voor de organisatie van

analysecapaciteit bij de laboratoria voor PCR-testen voor de GDD-teststraten en de inkoop en distributie van zelftesten en medische gebruiksartikelen voor de PCR-testen (zoals plastics en swabs). Laboratoria kochten zelf hun medische gebruiksartikelen in, maar in geval van schaarste kon uit de door DT aangelegde voorraad worden geput. Nu er vanuit de overheid geen advies meer is om een (zelf)test te doen bij klachten en de GGD-teststraten zijn gesloten, bouwt DT haar taken en voorraden verder af en draagt kennis en kunde over aan andere (uitvoerings)partijen. Op dit moment zorgt DT nog voor de opslag en verspreiding van zelftesten voor sociale minima en medisch kwetsbaren. In het najaar van 2023 zal DT naar verwachting worden opgeheven.

Kan de minister aangeven wat de zogenaamde goederen-exit-strategie voor persoonlijke beschermingsmiddelen precies inhoudt en welke kosten er gemoeid zijn met het 'duurzaam verwerken' van overtollige beschermingsmiddelen?

De goederen-exit-strategie kent drie pijlers: verkoop, donaties en, als het echt niet anders kan, duurzaam verwerken. Voor een uitgebreide toelichting verwijs ik u naar de brief van 10 december 2021 (Kamerstuk 32 805, nr. 128) waarin ik uw Kamer heb geïnformeerd over de beoogde afbouw van de voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen via de goederen-exit-strategie. Het duurzaam verwerken gebeurt in drie fases. De kosten die hiermee gemoeid zijn, bedragen voor de 1^{ste} fase (ca. 30.000 pallets) € 1,7 miljoen. Het duurzaam verwerken van desinfectans (ca. 530 pallets) kost € 180.000. De eerste fase is in april afgerond. Fase 2 is momenteel in voorbereiding en bestaat uit afgekeurde jassen en schorten en mantelzorgpakketten waarvan de vervaldatum verlopen is. Deze aanbesteding wordt naar verwachting begin mei 2023 afgerond. De afronding van de aanbesteding voor fase 3 wordt naar verwachting in september 2023 afgerond en bestaat uit de rest van de producten die met de veilingen niet verkocht zijn of waarvan de vervaldatum inmiddels verlopen is.

Hoe worden de nog bruikbare goederen verkocht en/of gedoneerd, aan wie en tegen welke prijs?

De Wet Markt en Overheid en Regeling Materieelbeheer Roerende Zaken beschrijven de kaders voor de Rijksoverheid ten aanzien van het verkopen en doneren van onroerende zaken die niet langer nodig zijn voor de uitvoering van het beleid. Na overtolligstelling wordt het beheer van de betreffende goederen overgedragen aan Domeinen Roerende Zaken van het Ministerie van Financiën die deze apparatuur per veiling kan verkopen. De te veilen producten worden per opbod verkocht waarbij met een minimale verkoopprijs wordt gestart. In het geval niet de minimale verkoopprijs of meer wordt geboden dan wordt het product niet verkocht.

Blijft de minister bij het standpunt dat Nederland niet soeverein hoeft te worden in de productie van medische hulpmiddelen en zo ja, hoe gaat hij er dan in ieder geval voor zorgen dat er altijd een adequate (nood)voorraad beschikbaar is voor het nationaal belang, zodat Nederland in het geval van een nieuwe gezondheids crisis niet opnieuw te maken krijgt met schaarste?

Waar mogelijk stimuleer ik de productie van medische hulpmiddelen in Nederland. Het is echter onmogelijk om alle, meer dan 500.000 verschillende, medische hulpmiddelen inclusief de benodigde grondstoffen in Nederland te produceren. Daarom werk ik in Europa samen met andere lidstaten samen aan een Europese aanpak om ongewenste afhankelijkheden te verminderen. Dit doe ik onder andere via de Open Strategische Autonomie waarin met andere

EU landen gericht wordt gekeken naar ongewenste strategische afhankelijkheden. Daarnaast ben ik betrokken bij HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) die bevordert dat er voldoende essentiële medische producten zijn voor een volgende gezondheidscrisis, bijvoorbeeld door inzet op (nood)voorraadvorming en het beschikbaar houden van essentiële productiecapaciteit in de EU.

Afsluitend vragen deze leden zich af waarom nog steeds geen voortvarend werk is gemaakt van het adequaat ventileren van alle publieke binnenruimtes in Nederland. Kan de minister uitleggen waarom nog steeds niet alle scholen en kantoren zijn voorzien van up to date CO2-meters en waarom de minister blijkens zijn reactie in zijn Kamerbrief geen werk wil maken van een keurmerk voor deze meters, aangezien ventilatie het enige wetenschappelijk bewezen middel is dat werkt bij de bestrijding van het coronavirus?

Er zijn al diverse instrumenten die voorzien in betrouwbare informatie over de kwaliteit van CO2 meters. Voor alle organisaties/bedrijven is de Algemene hygienerichtlijn van het RIVM beschikbaar en kan deze paragraaf worden gebruikt voor normen over o.a. ventilatie: <https://www.rivm.nl/hygienerichtlijnen/algemeen#52-infectiepreventie-binnenlucht>.

Daarnaast voorziet het onafhankelijk kenniscentrum Ruimte-OK voor scholen in die behoefte, Branchevereniging Binnenklimaat Nederland heeft een register ingericht met geschikte CO2 meters. Daarnaast is voor eigenaren en beheerders van publieke binnenruimtes de handreiking 'Ventileren zo gedaan' beschikbaar. De toegevoegde waarde van een keurmerk voor CO2 meters is onder deze omstandigheden te gering. Specifiek voor scholen is €17.3 miljoen beschikbaar gesteld via de lumpsum om alle klaslokalen te voorzien van een CO₂-meter. Daarnaast werkt OCW samen met BZK aan een verplichtstelling van CO₂-meters in alle schoolgebouwen van het funderend onderwijs. Deze verplichtstelling wordt geregeld via het Bouwbesluit.

Goed ventileren is één van de maatregelen die mensen kunnen nemen om besmettingen te beperken. Om die reden is ventileren ook opgenomen als één van de generieke adviezen om luchtweginfecties te voorkomen. Het advies luidt:

- Zorg voor voldoende ventilatie van binnenruimtes.
- Frisse lucht helpt om de overdracht van het virus te beperken. Zorg dat thuis, in winkels, in horeca, op school en op het werk regelmatig wordt gelucht.
- Zorg dat er thuis altijd een raampje of ventilatierooster open staat. Of zorg dat uw ventilatiesysteem aanstaat.
- Zorg dat een huis meerdere keren per dag goed kan doorluchten door ramen en deuren wijd open te zetten. Doe dit ook voor en na bezoek.
- Controleer hoe goed de ventilatie in uw huis is.
- In winkels, horeca, op scholen, op het werk en in andere ruimtes waar mensen samenkomen geldt: zet ramen open. Of zorg dat er regelmatig verse lucht een gebouw in wordt gebracht. Bijvoorbeeld doordat luchtverversingsinstallaties zo zijn ingesteld.

Dit advies is op diverse manieren en via diverse media uitgedragen. Daarnaast wil ik benadrukken dat ventilatie niet het enige wetenschappelijke bewezen middel is bij de bestrijding van het coronavirus. Ventilatie kan nooit alle besmettingen voorkomen. Goede ventilatie heeft wel een meerwaarde bij voorkomen van aerogene transmissie (lange afstand) maar (vrijwel) niet of veel minder bij overdracht op korte afstand. Besmetting op korte afstand wordt nog steeds als de voornaamste transmissieroute gezien. Ventilatie kan aerogene transmissie dan ook niet geheel voorkomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister en van de bijlagen. Zij hebben hierover enkele vragen. Heeft de minister kennisgenomen van de zorgwekkende berichten dat de toekomst van het post-COVID-onderzoek in Nederland gevaar loopt?⁴⁴

Ja, ik heb kennisgenomen van deze berichten. Ik deel deze zorgen echter niet. Er is door het ministerie van VWS tot nu toe ruim € 14 miljoen vrijgemaakt aan onderzoek naar post-COVID. Om te identificeren welke kennis nog mist en (nog) niet onderzocht wordt, heb ik ZonMw de opdracht gegeven voor het opstellen van een kennisagenda. De kennisagenda zal in de tweede helft van 2023 gereed zijn. Hieruit zal blijken welk aanvullend onderzoek nodig is. Daarnaast ben ik voornemens om extra budget beschikbaar te maken voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluisel te kunnen geven en zal uw Kamer daarover dan informeren.

Daarbij wordt er wereldwijd veel onderzoek naar deze nieuwe aandoening verricht en hopen we dat er uit dit onderzoek zo snel mogelijk inzichten komen die kunnen leiden tot een effectieve behandeling. Zoals aangegeven in het debat op 8 maart ten behoeve van de EU Gezondheidsraad maak ik mij ook in Europees verband hard voor meer inzet rondom deze aandoening en het delen van de kennis die uit deze internationale onderzoeken komt. De Europese Commissie (EC) heeft op 15 maart jl. 50 miljoen euro extra beschikbaar gesteld voor onderzoek naar de gevolgen en behandeling van post-COVID.

Is de minister bereid om langdurig middelen vrij te maken voor Nederlands onderzoek naar post-COVID?

Ik ben voornemens om extra budget beschikbaar te maken voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID en verwacht daarover in mei definitief uitsluisel te kunnen geven. Daarmee kan ook extra uitvoering worden gegeven aan de motie van het lid Omtzigt c.s. die verzoekt om structureel meer onderzoek te bevorderen (Kamerstuk 25 295, nr. 1916).

De leden van de SGP-fractie vragen hoe het op dit moment staat met de IC-capaciteit in Nederland. Kan de minister aangeven hoeveel IC-plekken op dit moment (zonder dat er sprake is van enige opschaling) in Nederland beschikbaar zijn? Kan de minister aangeven of het aantal beschikbare IC-bedden sinds het begin van de coronapandemie in 2020 is afgenomen, toegenomen of gelijk gebleven? Graag ontvangen genoemde leden een vergelijkend overzicht van de jaren 2020, 2021, 2022 en het huidige jaar.

Zoals ook wordt gesteld in het herijkte coördinatie en opschalingsplan van LNAZ⁴⁵ is sprake van een operationele basiscapaciteit van ca. 999 IC-bedden. In lijn met de afspraken die zijn gemaakt in het IZA over opschaling tot 1150 IC-bedden, zijn in geval van een oplopende zorgvraag 1150 IC-bedden inzetbaar.

Het aantal beschikbare ic-bedden bedroeg op 5 maart 2023 ruim 1000 IC-bedden (bron: LCPS). Dit is een stabiel beeld ten opzichte van het begin van de coronapandemie. Zoals eerder vermeld hebben ziekenhuizen dankzij de subsidieregeling IC-opschaling kunnen

⁴⁴ NOS, 27 februari 2023, 'Toekomst van longcovidonderzoek in Nederland onzeker' (<https://nos.nl/artikel/2465439-toekomst-van-longcovidonderzoek-in-nederland-onzeker>)

⁴⁵ [Coördinatie en opschalingsplan COVID-19 \(lnaz.nl\)](https://lnaz.nl)

investeren in de aanschaf van een fysieke infrastructuur tot 1700 IC-bedden. Hoewel de infrastructuur dus ruim aanwezig is, wordt de operationele IC-capaciteit begrensd door het tekort aan flexibel inzetbaar zorgpersoneel. Opschaling van IC-capaciteit gaat daardoor mogelijk gepaard met afschaling van reguliere zorg. Het structureel vergroten van operationele IC-capaciteit is daardoor niet goed mogelijk. Daarom wordt ingezet op het optimaliseren en efficiënter inzetten van bestaande capaciteit, zodat meer patiënten kunnen worden geholpen.

De leden van de SGP-fractie hebben begrepen dat het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam vorig jaar heeft besloten om in het kader van een gedwongen reorganisatietraject het aantal IC-bedden te verminderen. Klopt dit?

Het Ikazia ziekenhuis heeft als gevolg van de financiële problemen in 2022 een brede analyse van hun bedrijfsvoering uitgevoerd. Uit deze bredere analyse bleek, onder andere, dat de IC capaciteit voor de omvang van het ziekenhuis relatief groot was, waardoor gedurende het jaar (in reguliere omstandigheden) relatief vaak sprake zou kunnen zijn van onderbenutting van de dure personele inzet. Zoals in het LNAZ opschalingsplan wordt benoemd⁴⁵, is de feitelijke wijze van opschaling binnen een regio de verantwoordelijkheid van het betreffende ROAZ.

Zijn er nog andere ziekenhuizen die vanwege financiële motieven hebben moeten besluiten om het aantal IC-bedden terug te schroeven?

Het kabinet gaat niet over de individuele bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Zoals vermeld is de feitelijke wijze van opschaling binnen een regio de verantwoordelijkheid van het betreffende ROAZ. Op regionaal niveau zijn dan ook verschillende strategieën ten aanzien van opschaling denkbaar. Zo kunnen alle aangewezen ziekenhuizen tegelijkertijd naar rato opschalen, of dit kan gefaseerd in een per ziekenhuis verschillend tempo plaatsvinden. Op die manier kan het opschalingsmodel afgestemd worden op de specifieke context van de betreffende ziekenhuizen in de regio.

Deze leden lezen dat de minister in gesprek is over de bekostiging van het opschalingsplan. Zij vragen hem hoe deze gesprekken verlopen en wat de knelpunten zijn. Wanneer komt hierover meer duidelijkheid?

Het zorgstelsel is zodanig ingericht dat vergoedingen zien op daadwerkelijke geleverde zorg. Dat past bij de principes van doelmatige en kostenefficiënte zorgverlening. Samen met verschillende veldpartijen verkent het kabinet de mogelijkheden om het beschikbaar houden van meer capaciteit van een passende bekostiging te voorzien. Echter, het vraagstuk is bijzonder complex en vergt de nodige afstemming met, en tussen, verschillende veldpartijen. Ik informeer uw Kamer hier zo snel mogelijk nader over.

De leden van de SGP-fractie vragen de minister om gelet op het laatste OMT-advies, zo spoedig mogelijk een wetsvoorstel in te dienen om de A-status van COVID-19 te schrappen. Is hij daartoe bereid?

Zoals ik in mijn brief 'Besluiten resterende adviezen COVID-19' van 10 maart jl.⁴⁶ heb aangegeven, heeft de WHO op 27 januari jl. besloten dat COVID-19 voorlopig een Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) blijft, omdat de sterfte aan COVID-19

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 2041

op mondiaal niveau nog hoog is vergeleken met andere luchtweginfecties en het nog niet uit te sluiten is dat er nieuwe varianten ontstaan met andere biologische eigenschappen.

Het OMT heeft in haar advies aangegeven dat zolang COVID-19 door de WHO is aangemerkt als een 'Public Health Emergency of International Concern' een indeling in Groep A nodig is om landelijke regie te behouden. Gelet op het advies van het OMT heeft het kabinet besloten de A-status voorlopig nog te behouden. Het kabinet stelt een transitieplan op voor de overgang van een infectieziekte met landelijke sturing naar een infectieziekte onder lokale sturing, in overleg met uitvoeringspartners.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief over diverse onderwerpen rondom COVID. Zij heeft daar een aantal vragen en opmerkingen over. Het genoemde lid vraagt aandacht voor de aanpassing van de periode waarover nu oversterfte onderzoek wordt gedaan. Zij meent dat het van belang is dat het jaar 2022 hierin ook wordt meegenomen, ook al vindt de minister dat zelf niet. Zoals hij aangeeft was er ook in 2022 sprake van oversterfte. Het lid van de BBB-fractie vindt het van groot belang dat achterhaalt wordt wat hiervan de oorzaak is. Het lid vindt het daarnaast van belang dat niet alleen het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onderzoek verricht, maar dat ook andere instituten daarnaar kijken. Het verzoek aan de minister is dan ook om dit in gang te zetten.

Op dit moment wordt er onafhankelijk onderzoek uitgevoerd dat wordt gestimuleerd en ondersteund door een wetenschappelijke begeleidingscommissie bij ZonMW (zie hiervoor ook mijn Kamerbrief 15 februari 2022 (Kamerstuk 25 295, nr. 1775)). Ik kijk uit naar de resultaten van dit onderzoek. Ondertussen kunnen onderzoekers zelf uiteraard met de al beschikbare data onderzoek doen naar oversterfte in latere periodes, zoals in 2022. Dergelijk onderzoek zou ik van harte toejuichen en nauwlettend volgen.

Het genoemde lid is opgelucht dat de minister geen separaat wetsvoorstel voor het CTB in procedure brengt. Wat het lid van de BBB-fractie betreft zien we dit 'gereedschap' niet meer terug. De negatieve gevolgen van dit soort gereedschappen zijn nog steeds voelbaar in de samenleving.

Het lid van de BBB-fractie heeft wat twijfels over de rol van het IGJ tijdens de pandemie. Zij vraagt of het beperken van de vrije meningsuiting van artsen nu echt een rol is voor de IGJ. Hoe kijkt de minister terug op deze periode en op de meldingen bij het IGJ en de vervolgacties die daarop zijn genomen?

De IGJ houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg, op basis van wet en regelgeving. Wanneer de IGJ denkt dat deze in geding zijn heeft zij instrumenten om hierop te acteren. Ik heb geen inzicht in de meldingen die bij IGJ gedaan worden, maar heb er vertrouwen in dat het systeem met de inzet van de toezichthouder en toetsing tot de tuchtrechter op een goede wijze functioneert.

Is er op dit moment nog overleg tussen IGJ en de artsen die dit betreft? Had dit echt niet op een andere manier gekund?

Het is voor mij niet duidelijk op welke artsen specifiek gedoeld wordt. In zijn algemeenheid kan ik zeggen dat de IGJ artsen die verkeerde informatie gaven over corona eerst per corrigerende brief heeft gewezen op de gedragsregels van de beroepsgroep en wat de maatstaf van IGJ daarin is. Ook heeft de inspectie op haar [website](#) aangegeven hoe zij hier

tegenaan kijkt. Pas wanneer daarna nog sprake was van overtreding, is overgegaan op andere maatregelen.

Genoemd lid begrijpt niet waarom de minister zo weinig vaart maakt met het onderwerp post-COVID. Er zijn veel mensen ziek gebleven na een COVID-infectie en de gevolgen hiervan zijn groot, voor henzelf en hun omgeving. De aandacht hiervoor staat in schril contrast tot de aandacht voor de pandemie zelf. Het lid van de BBB-fractie doet daarom (nogmaals) de oproep om zorg te dragen voor de zorg voor deze mensen en onderzoek te doen naar oorzaken en behandelingen.

Ik onderschrijf het belang van goede zorg en onderzoek. Zoals hiervoor aangegeven, zet ik mij via verschillende sporen in ten behoeve van post-COVID: ondersteuning van lopend nationaal onderzoek, inmiddels voor ruim 14 miljoen euro, samenvoeging van onderzoek tot een kennisagenda, in kaart brengen van kennishiaten en inzet op het Europese terrein. Ook werk ik aan de oprichting van een expertisecentrum post-COVID. Tot slot ben ik de financiering aan het inregelen voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven.

Het lid van de BBB-fractie begrijpt niet waarom de minister de motie van het lid Van der Plas c.s.⁴⁷ inzake het aanwijzen van dierenartsen en paraveterinaire beroepen afdoet als 'geen onderdeel van de lange termijn aanpak'. Zij is van mening dat dit juist nu geregeld kan worden. Wat is de reden om dit geen onderdeel van een lange termijn aanpak te laten zijn? In de ogen van het lid van de BBB-fractie is dit wel een erg makkelijke manier om een motie niet daadwerkelijk uit te voeren. Het lid wijst de minister erop dat dat niet de bedoeling is van aangenomen moties.

In het begin van de pandemie is gewerkt met een lijst van cruciale beroepen. In 2022 heeft het kabinet een nieuwe aanpak van het coronavirus gepresenteerd, namelijk de lange termijn aanpak.⁴⁸ Het uitgangspunt van deze aanpak is een open samenleving. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid, sectoren en burgers. Ook de sector diervoorzorging heeft meegewerkt aan deze aanpak door een sectorplan op te stellen. Mochten er in de toekomst maatregelen getroffen moeten worden, vormen de maatregelenladders (die zijn gebaseerd op de sectorplannen) het uitgangspunt. Deze maatregelenladders per sector staan aan de basis van eventuele adviezen en maatregelen van het kabinet.

De motie van het lid van de BBB-fractie is als afgedaan beschouwd omdat deze motie verwijst naar een aanpak die het kabinet niet langer voert en omdat de sector diervoorzorging onderdeel uitmaakt van de gepresenteerde lange termijn aanpak.

Vragen en opmerkingen van het lid Omtzigt

Het lid Omtzigt heeft kennisgenomen van de brief van de minister over de stand van zaken op een aantal COVID-19 onderwerpen. Onlangs, op 28 februari jongstleden, heeft het lid Omtzigt c.s. vragen gesteld over onderzoek naar post-COVID en daarbij gevraagd om beantwoording hiervan op uiterlijk 7 maart te ontvangen. Die antwoorden zijn vlak voor de deadline van deze inbreng binnengekomen en stellen het genoemde lid wat teleur. Hij heeft daarom een aantal vragen ten aanzien van deze beantwoording:

⁴⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1692.

⁴⁸ Kamerstukken 25 295, nrs. 1834, 1883 en 1959

De minister stelt dat er dertien biomedische onderzoeken zijn, dan wel onderzoeken met een biomedische component. Hoeveel biomedische onderzoeken zijn er en hoeveel onderzoeken zijn er met een biomedische component? Kan de minister de lijst van dertien onderzoeken geven en voor elk van de onderzoeken aangeven wat de biomedische component is?

In opdracht van het ministerie van VWS heeft ZonMw diverse onderzoeksprogramma's opgezet. Daarbinnen worden op dit moment twintig onderzoeken gefinancierd met betrekking tot post-COVID.

Al deze onderzoeken staan in meer detail beschreven op de website van ZonMw.⁴⁹ Daarbij is, onder andere, een projectomschrijving, doel van het onderzoek, werkwijze, context, alsook de bij het onderzoek betrokken wetenschappers per onderzoek raadpleegbaar. Zoals u daar kunt zien, en ook af kunt leiden uit de titels van de onderzoeken, zijn de onderzoeksdoelen binnen deze studies zeer divers en lopen dan ook van, bijvoorbeeld, het beter subtyperen van patiëntencategorieën, tot het onderzoeken van één specifiek orgaan en de effectiviteit van interventies. Zon Mw geeft daarbij aan dat dertien van deze onderzoeken biomedisch van aard zijn of een biomedische component bevatten. De biomedische aspecten uit de studies zijn verschillend, denk bijvoorbeeld aan bloedonderzoeken, longfunctietesten, of neuromusculaire fitnesstesten. Deze aspecten kunnen bijdragen aan een beter begrip van post-COVID. Daarnaast geven deze aspecten mogelijk nieuwe inzichten en/of aangrijpingspunten die onder andere kunnen worden ingezet voor mechanistisch biomedisch onderzoek, gericht op het ontrafelen van de onderliggende mechanismen die een rol spelen bij post-COVID.

Al in juli 2022 vroeg de Kamer om een kennisagenda. In de Verenigde Staten kon een kennisagenda binnen vier maanden worden opgesteld. Kan de minister het rapport van de Verenigde Staten opvragen, bestuderen en aan de Kamer doen toekomen en vertellen waarom Nederland niet in staat is iets vergelijkbaars (met inderdaad een wat kleiner programma) te doen? Waarom is er na acht maanden nog steeds geen kennisagenda? Wat is er al die tijd gedaan?

Ik weet niet op welk onderzoek u doelt, ook bij ZonMw is dit niet bekend. ZonMw heeft onlangs de opdracht gekregen om een kennisagenda op te stellen. Deze moet inzicht geven in de onderzoeken die zowel nationaal als internationaal gedaan worden naar post-COVID. De kennisagenda zal in de tweede helft van 2023 gereed zijn. Als opdrachtnemer is ZonMw onder andere in contact met de Federatie Medisch Specialististen (FMS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Gezamenlijk wordt er een zorgvuldig proces gehanteerd om de kennisagenda te ontwikkelen. Er wordt al veel onderzoek gedaan (zowel nationaal als internationaal). Uit de kennisagenda moet met name duidelijk worden welke aspecten nog niet onderzocht worden zodat aanvullend onderzoek ook echt een waardevolle aanvulling zal zijn op de onderzoeken die al lopen en dubbelingen worden voorkomen. Uiteraard zullen tussentijdse nieuwe inzichten, bijvoorbeeld uit het buitenland, hierin betrokken worden.

In het antwoord geeft de minister aan dat een op de acht mensen die een infectie heeft doorgemaakt, langdurige klachten houdt. Kan de minister aangeven hoeveel mensen in Nederland een infectie hebben doorgemaakt en hoeveel mensen nu dus langdurige klachten hebben?

⁴⁹ [Long COVID - ZonMw](#)

Er is internationaal in wetenschappelijke zin nog geen eenduidige diagnose post-COVID. Dit maakt het moeilijk om absolute aantallen te noemen. Uit onderzoek van het ErasmusMC blijkt dat 92% van de patiënten die in het ziekenhuis, kliniek of IC, opgenomen zijn geweest na een jaar nog klachten ervaren. Het RIVM onderzoekt met het LongCOVID-onderzoek onder meer hoeveel mensen na corona langdurige gezondheidsklachten krijgen. Mensen met klachten die langer dan drie maanden aanhouden kunnen terecht bij C-support voor een integrale aanpak (het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het (psycho-)sociale domein). Inmiddels hebben circa 22.000 mensen met langdurige klachten na een COVID-infectie zich gemeld bij C-support.

Kan de minister aangeven welke afspraken op 9 december in de Europese Raad gemaakt zijn over gezamenlijk EU-onderzoek of het delen van resultaten en het coördineren van onderzoek? Indien er geen afspraken gemaakt zijn, wat is daarvan dan de reden?

Tijdens de EU-Gezondheidsraad van 9 december jl. (Kamerstuk 21 501-31, nr. 694) zijn geen concrete afspraken gemaakt over het delen van resultaten of het coördineren van onderzoek. Nederland heeft het overleg van 9 december jl. aangegrepen om het Europees coördineren van post-COVID op de Europese agenda te zetten. Als het gevolg hiervan, en mede dankzij verdere Nederlandse inzet, neemt de Europese Commissie het initiatief voor het oprichten van een Europees expertisenetwerk post-COVID. Het is mijn inzet dat Nederland nauw betrokken blijft bij de uitwerking hiervan.

Ter aanvulling is het lid Omtzigt benieuwd of de minister heeft kennisgenomen van de ingevoerde patiëntenstops in academische centra voor mensen met post-COVID en hoe hij dit verbindt met de aangenomen moties om hiermee om te gaan. Klopt het dat de vergoeding één van de belangrijkste redenen is voor deze ingevoerde patiëntenstops en op welke termijn verwacht de minister dat deze stops opgeheven zijn?

Ik denk dat u duidt op de signalen van de behandelstop door poliklinieken van patiënten met post-COVID van Erasmus MC en het Amsterdam UMC waarover onlangs een artikel in de Volkskrant stond. Het is belangrijk dat patiënten toegang hebben tot de meest optimale zorgverlener voor hun probleem. In het geval van post-COVID zal dit in veel gevallen niet een academische polikliniek zijn. Daar ligt de focus op onderzoek. Zorgverlening aan post-COVID patiënten zal grotendeels plaatsvinden in de eerste en de tweede lijn.

Zijn er gesprekken over de vergoeding gaande met zorgverzekeraars?

Nee. Het ministerie van VWS gaat niet over de hoogte van de vergoeding die ziekenhuizen ontvangen van zorgverzekeraars, dit is tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderling.

Indien een verzekeraar niet in staat is om zijn verzekerden naar een COVID-poli te sturen, voldoet de verzekeraar dan de zorgplicht in de Zorgverzekeringswet? Ofwel, hoe lang moet de verzekerde op een wachtlijst staan voordat de NZa concludeert dat de zorgverzekeraar maar heeft te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt?

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht in de richting van de verzekerden om te zorgen voor goede en passende zorg en continuïteit van zorg. De NZa houdt hier toezicht op. De NZa heeft “De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars” opgesteld. Daarin is onder meer opgenomen dat de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het tijdig leveren van passende zorg aan de individuele verzekerde. Om ervoor te zorgen dat dit lukt, moet er voldoende zorg

ingekocht worden en gestuurd worden op een gepast gebruik van zorg. De verzekerde moet dus de zorg krijgen die hij op medisch inhoudelijke gronden nodig heeft. Als het nodig is, moet de verzekerde bemiddeld worden naar zorg. Op basis van professionele standaarden leveren zorgprofessionals deze zorg. Afhankelijk van de zorgvraag moet een professional beoordelen wat de passende behandeling is.

Het lid Omtzigt onderstreept het belang van het bundelen van kennis en expertise over post-COVID. Hij is benieuwd hoe het ondertussen staat met de uitvoering van de motie van de leden Hijink en Paulusma⁵⁰ die al een tijd geleden, op 28 juni 2022 is aangenomen en die oproept om tot een landelijk expertisecentrum voor behandeling van post-COVID te komen. De minister geeft in de onderliggende brief aan de Kamer aan dat hij niet in overeenstemming met de wens van de Kamer, geen voorkeur heeft voor een fysiek expertisecentrum op één plek. Het is voor het lid Omtzigt nog niet voldoende duidelijk wat hier de redenen voor zijn. Kan de minister dit nog verder toelichten? Ter aanvulling, kan de minister een update geven van de gesprekken met ziekenhuizen om tot dit landelijk expertisecentrum te komen?

Ik werk aan de oprichting van een expertisecentrum post-COVID omdat het van groot belang is om kennis en expertise over post-COVID te bundelen. Ik ben met C-support en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) in gesprek over de wijze waarop een expertisecentrum het beste vorm gegeven kan worden. Ook de patiëntenorganisaties worden daarbij betrokken. Over het hele land zijn er op dit moment vele zorgprofessionals die zich vanuit de eigen discipline bezighouden met post-COVID. Ik wil graag de inmiddels opgedane kennis en ervaring van deze professionals benutten voor de zorg in het gehele land rondom post-COVID. Een fysiek expertisecentrum op één plek heeft daarom niet mijn voorkeur. Ik ben op dit moment de financiering aan het inregelen voor meerjarig onderzoek en een expertisecentrum post-COVID. Ik verwacht daarover in mei definitief uitsluitsel te kunnen geven. Tevens kan ik u daarbij een overzicht geven van mijn inzet voor post-COVID.

Onlangs is het OMT-advies naar buiten gebracht en het verbaast het lid Omtzigt dat hier (nog steeds) geen heldere communicatie over is vanuit het ministerie hoe met dit advies wordt omgegaan en in hoeverre dit wordt overgenomen. Naast dat hier geen communicatie over is vanuit het ministerie, lezen mensen deze adviezen wel in de media en verwachten mogelijk dat dit advies bindend is en gedragen zich naar berichtgeving. Wat is volgens de minister de reden dat hier (nog) geen communicatie over is?

Conform afspraken met de Tweede Kamer worden adviezen van het OMT en MIT na ontvangst direct naar Eerste en Tweede Kamer gestuurd. Dat betekent dat er enige tijd zit tussen publicatie van die adviezen en besluitvorming van het kabinet.

Gelijktijdig met het versturen van de kabinetsreactie op genoemde adviezen - 10 maart jl. - is de publiekscommunicatie gestart over hoe de verspreiding van luchtwegvirussen tegen te gaan. Ook middels diverse interviews en media-optredens is de aanpak van het ministerie toegelicht. Zowel over het proces als de inhoud van de algemene adviezen. Meer toelichting over de communicatie-aanpak is opgenomen in de genoemde kabinetsreactie.

⁵⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1892

Hoe reflecteert de minister zelf op de communicatie, zeker gezien de berichtgeving vanuit ziekenhuizen dat het aantal COVID-patiënten de laatste weken weer toeneemt?

Op moment van schrijven van deze antwoorden daalt het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen gelukkig weer. De genoemde berichtgeving laat vooral zien dat het coronavirus niet weg is en we ook in de toekomst geconfronteerd zullen blijven worden met toename en afname van besmettingen. Actieve publiekscommunicatie over algemene adviezen om de verspreiding van luchtwegvirussen tegen te gaan blijft dus van groot belang, zoals ook toegelicht in de kabinetsreactie op de adviezen van (onder meer) OMT en MIT.

Er is al een aantal maanden ook een MIT. Hoe weegt de minister de adviezen van het OMT ten opzichte van het MIT?

Het ministerie van VWS initieert het opstellen van een voorstel voor de te overwegen maatregelen en/of adviezen, in ieder geval gezamenlijk met de ministeries van SZW en EZK (en waar nodig met andere vakdepartementen). In dit voorstel wordt onder meer het OMT-advies en het MIT-advies meegenomen. Het is vervolgens aan het kabinet om de weging tussen het MIT- en het OMT-advies te verrichten en te besluiten over het al dan niet nemen van maatregelen en/of adviezen. Het kabinet streeft naar evenwichtige besluitvorming die recht doet aan alle relevante belangen. De adviezen van het OMT en MIT helpen daarbij door de relevante overwegingen voor het voetlicht te brengen. De stukken die ten grondslag liggen aan de besluitvorming worden met uw Kamer gedeeld.

Hoe verhouden deze twee zich tot elkaar?

Gedurende het besluitvormingsproces nemen het OMT en MIT een gelijkwaardige positie in. Het OMT en MIT worden parallel om advies gevraagd, indien het kabinet maatregelen en/of adviezen overweegt ter bestrijding van het coronavirus. Daarbij adviseert het OMT over de epidemiologische effecten, en het MIT over de sociaalmaatschappelijke en economische gevolgen van voorstellen van het kabinet in het kader van het coronavirus en eventuele andere infectieziekten met pandemisch potentieel.

In het licht van toegenomen besmettingen en de keuze voor minder (faciliteren van) testen: hoe blijft de minister vanuit het oog van publieke gezondheid, kwetsbaren beschermen en hoe wordt voorkomen dat de druk op de zorg weer te snel te hoog wordt?

Het kabinet heeft de laatste specifieke corona-adviezen vervangen door nieuwe, generieke adviezen die helpen om verspreiding van luchtwegvirussen te beperken en zo ook mensen met een kwetsbare gezondheid te beschermen. Het kabinet blijft kosteloos mondneusmaskers en zelftesten verstrekken via apotheken voor medisch kwetsbaren, mantelzorgers en voor PGB-zorgverleners en PGB-budgethouders. Daarnaast roept het kabinet actief op om rekening te houden met de groep mensen met een kwetsbare gezondheid. Deze boodschap is onderdeel van de algemene corona communicatie.

Tevens heeft het kabinet afgelopen maanden ingezet op betere monitoring in de hele zorgketen, zodat hoge druk op de zorg inzichtelijk wordt en hier tijdig op kan worden geanticipeerd. Het LCPS, de NZa en GGD GHOR NL hebben hiertoe het Dashboard Zorgketen ontwikkeld. Hier zien gebruikers in één oogopslag de druk op de zorg in de eerstelijns-, de tweedelijns- en de vervolgzorg. Deze informatie is essentieel voor de

landelijke en regionale coördinatie, waarmee de druk gelijkmatig over de zorgketen wordt verdeeld.

Bovendien vraagt het lid Omtzigt hoe deze plannen ter preventie en beschermen van kwetsbaren zich verhouden tot het Zorgakkoord.

In het IZA hebben we afgesproken om de beweging te maken naar passende zorg. Een van de uitgangspunten van passende zorg is dat het gaat om gezondheid in plaats van ziekte. Hierbij is preventie als een van de speerpunten opgenomen in het akkoord. Het voorkomen van ziekte door aandacht te vragen voor de bescherming van medisch kwetsbare groepen en daar ondersteuning bij te bieden via voortzetting van de PBM regeling voor medisch kwetsbare groepen, past daarom goed bij de ingezette beweging naar passende zorg.

Het genoemd lid vindt het goed dat de toezichthouder wil reflecteren op haar rol gedurende de coronacrisis om hiervan te leren en waar nodig te verbeteren. De toezichthouder is oren en ogen geweest gedurende de pandemie voor het ministerie en had en heeft daarmee ook veel invloed op totstandkoming van beleid. Het lid Omtzigt leest in de voorliggende brief van de minister dat uit evaluatieonderzoek van Bureau Berenschot naar voren komt dat externe gesprekspartners risico's signaleerden gedurende de coronacrisis als het gaat om rolvervaging tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de IGJ. Bijvoorbeeld als het gaat om betrokkenheid van de IGJ bij de totstandkoming van beleid en maatregelen, terwijl de IGJ tegelijk toezicht moet houden op de uitvoering hiervan in de praktijk en inmenging van adviezen of beleid. Maar ook zorgen om actieve inmenging bij opstellen van eigen adviezen. Het lid Omtzigt is benieuwd in hoeverre de minister dit herkent en hoe hij hier zelf op reflecteert. Wat kan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hier zelf van leren en worden stappen gezet om rolvervaging te voorkomen?

Voor het goed functioneren van de toezichthouder is een combinatie van onafhankelijkheid van en nabijheid bij het departement nodig. Op die manier kan de inspectie ook invulling geven aan haar reflectieve rol. Hoewel een risico op de schijn van rolwisseling altijd bestaat, maak ik niet uit de rapportage op dat dit ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Ook in de huidige opstelling van de inspectie herken ik dit niet en zie ik de IGJ zelfstandig positie kiezen. Ik zie hier voor het ministerie dan ook geen specifieke opdracht om hier stappen in te zetten, anders dan al in het kader van de Wet op de Rijksinspecties worden genomen.

Hoewel het lid Omtzigt had verzocht om een aparte brief, wordt door middel van de update over oversterfteonderzoek en datatoegang in deze brief van de minister het verzoek van het lid Omtzigt op 17 januari jl. (Handelingen II 2022/23, nr. 40, item 6) afgedaan. Genoemd lid benoemt hierbij dat het in zijn ogen veel te laat is dat vaccinatiegegevens en positieve testgegevens die door CBS zijn ontvangen, eindelijk beschikbaar worden gesteld voor onderzoekers. Onderzoek met gebruik van vaccinatiegegevens en positieve testuitslagen kan nu pas van start gaan. Hij leest dat voor de minister aanpassing van de onderzoeksperiode nu niet van pas komt. Het huidige oversterfte onderzoek wordt dus niet uitgebreid naar eerdere jaren. Het lid Omtzigt staat erop dat de volgende zaken geregeld worden: Het lopende onderzoek moet ook gaan over het jaar 2022, aangezien het jaar voorbij is, de data er zijn en er sprake was van een aanzienlijke oversterfte. Wil de minister daar in overleg met ZonMw voor zorgen? Team Data (Victor Plat)

Hoewel ik begrip heb voor de achterliggende wens om de oorzaken van oversterfte te achterhalen, acht ik aanpassing van de onderzoeksperiode nu niet opportuun. Het doel van het nu lopende traject 3 van het oversterfteonderzoek is immers om de uitkomsten van de reeds afgeronde trajecten 1 en 2 te valideren. Om een eenduidig beeld te krijgen van de oorzaken van oversterfte, is het belangrijk dat het onderzoek conform de eerder vastgestelde opzet kan plaatsvinden. Op basis van deze onderzoeksresultaten wil ik bezien welke vervolgstappen gewenst zijn. Daarbij merk ik op dat dit niet betekent dat onderzoek naar oversterfte in 2022 vanuit de wetenschap niet kan plaatsvinden. Met de reeds bij het CBS beschikbare data staat het wetenschappers vrij hier onderzoek naar te doen.

De analyses van de relatie tussen vaccinatie en sterfte moeten ten minste extern herhaald worden en met verklarende factoren. In een aantal groepen leidde vaccinatie tot wel 75% minder sterfte in de twee weken na vaccinatie. Het CBS zelf concludeert terecht dat dat vanwege een selectie effect moet zijn. Dat is meer dan genoeg reden voor onafhankelijk extern onderzoek, inclusief extra verklarende factoren.

In het onderzoek naar de oversterfte is er de mogelijkheid om onafhankelijk onderzoek te doen naar vragen rondom dit thema. De test- en vaccinatiegegevens zijn beschikbaar voor de onafhankelijke onderzoekers via het CBS. Binnen dit traject is zoals beschreven in de onderzoeksagenda van ZonMW nadrukkelijk ruimte voor onafhankelijke analyses (replicatie) van de onderzoeksresultaten van het CBS en RIVM. Ik kijk, net als u, uit naar de resultaten van deze onderzoeken.

Daarnaast vraagt het genoemde lid, aangezien afronding pas eind 2023 zal plaatsvinden, in hoeverre het mogelijk om tussenresultaten te delen.

Zodra de verschillende onderdelen van het onderzoek zijn afgerond, zullen deze worden gepubliceerd.

Tot slot zou het lid Omtzigt graag een uitgebreide stand van zaken ontvangen over het pandemische verdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de onderhandelingen daaromtrent en wanneer de Kamer daarover zaken krijgt voorgelegd.

Afgelopen februari heb ik u middels een kamerbrief op hoofdlijnen geïnformeerd over de totstandkoming van het internationaal pandemie-instrument. Ik zal u een uitgebreidere stand van zakenbrief toezeggen ter voorbereiding op de first draft van het pandemie-instrument, die naar verwachting in juni zal worden behandeld bij de WHO. Deze stand van zaken brief ontvangt u tijdig, zodat we uw eventuele input mee kunnen nemen in onze inzet tijdens de onderhandelingen.