

Vergaderjaar 2021–2022

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 1883

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT, VAN ECONOMISCHE ZAKEN EN KLIMAAT EN VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2022

De afgelopen twee jaar hebben we een grote crisis doorgemaakt. Een crisis die zeer veel gevraagd heeft van de gehele maatschappij. Door het coronavirus is een groot aantal mensen (ernstig) ziek geworden en zelfs overleden. Daarnaast zijn we allen, ter bestrijding van het coronavirus, geconfronteerd met ingrijpende maatregelen en de gevolgen hiervan. De afgelopen maanden lijken we de zwaarste fase van de coronacrisis achter ons te hebben gelaten, dankzij ieders gezamenlijke offers en inspanningen. Het virus is echter niet weg en een nieuwe opleving blijft mogelijk. Het is dan ook van groot belang om ons daarop voor te bereiden.

In de twee eerdere brieven over de lange termijn aanpak van het coronavirus¹ heeft het kabinet toegelicht dat het uitgangspunt is om de samenleving open te houden – ook in geval van nieuwe oplevingen. De geformuleerde doelstellingen (1) sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit, en 2) toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen) staan centraal in het coronabeleid voor de lange termijn. Voor het realiseren van deze doelstellingen is inzet van iedereen nodig.

Het epidemiologisch beeld is voor nu gunstig. De dominante coronavariant in Nederland is voornamelijk Omikron BA.2, waarvan mensen minder ziek worden. We zien: een dalende trend in het aantal positief geteste personen, nieuwe opnames in de ziekenhuizen en op de IC. Het RIVM geeft echter aan dat we rekening moeten houden met een opleving. Zo zijn de nieuwe varianten BA.4 en BA.5 aan een opmars bezig en geven voorspellingen aan dat deze varianten mogelijk binnenkort dominant worden in Nederland. Hoewel er op dit moment geen signalen zijn dat één van deze nieuwe varianten leiden tot een ernstiger ziektebeeld dan de

¹ Kamerstuk 25 295, nrs. 1780 en 1834

vorige omikronvarianten, kan een nieuwe stijging van het aantal infecties leiden tot meer druk op de zorg door zowel een toename van zieken, als door meer uitval van personeel. Daar is op voorhand geen zekerheid over te geven. De opkomst van nieuwe virusvarianten heeft ons geleerd dat we ons moeten voorbereiden op een onbekend verloop van de epidemie. In dit licht is het dan ook voorlopig niet aan de orde om af te zien van de classificatie van het virus als A-ziekte. Ook het OMT adviseert, in het 144e advies² deze classificatie gedurende de transitieperiode aan te houden.

Daarbij geldt wel dat we in een andere situatie zitten dan de afgelopen twee jaar. We zijn beter voorbereid en beter beschermd, vooral dankzij de opbouw van onze immuniteitsgraad als gevolg van vaccinatie en doorgemaakte infectie. Tegelijk weten we ook dat vaccinatie niet volledig beschermt tegen infectie, en dat ook na een vaccinatie en/of een doorgemaakte infectie een hernieuwde infectie kan optreden. Daarnaast weten we dat de mate van (opgebouwde) bescherming afneemt naarmate de tijd vordert. Deze ontwikkelingen spelen zich bovendien af tegen de achtergrond van een afnemend maatschappelijk draagvlak voor (contactbeperkende) maatregelen.

De relatieve rust die de epidemie ons nu geeft, geeft ons tijd om ons voor te bereiden op verschillende scenario's – aansluitend bij het advies van de KNAW en WRR hierover.³ Voorliggende brief beoogt inzicht te geven in de concrete voorbereidingen die getroffen worden vanuit de overheid, de zorgsector, maatschappelijke sectoren en doelgroepen, en wat van ons als individuele burger wordt verwacht. Het openhouden van de samenleving vraagt immers om een integrale en preventieve aanpak en is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Zoals ook beschreven in de vorige brief aan uw Kamer, zal actie op alle drie de eerder gedefinieerde sporen (zorg, vaccineren en maatregelen) nodig zijn, om bij hevige oplevingen de samenleving zoveel mogelijk open te houden. In het bijzonder heeft het kabinet in de voorbereidingen voor de langetermijnstrategie aandacht voor kwetsbare groepen en mensen die nog steeds de impact van de epidemie aan den lijve ondervinden, zoals zorgmedewerkers met langdurige klachten na corona, ondernemers met schulden en thuiswerkers met burn-out klachten.

Het onderwijs en de kinderopvang hebben in het COVID-19 beleid een aparte status, gezien de speciale functie die onderwijs en kinderopvang hebben in de ontwikkeling van onze kinderen en jongeren. Zoals eerder aangegeven, ligt onderwijs bij het treffen van maatregelen onderop de stapel. Uitgangspunt is hier dat dit kabinet een scholensluiting dan wel kinderopvangsluiting te allen tijde wil voorkomen. Er zal slechts sprake zijn van een (gedeeltelijke) sluiting als we te maken hebben met een virus(variant) waarbij scholieren, studenten en personeel in de scholen en onderwijsinstellingen direct gevaar lopen. Daarnaast wordt rekening gehouden met het feit dat de situatie in het Caribisch deel van Nederland er anders uit kan zien dan in het Europees deel van Nederland. Dit kan dan ook vragen om een gedifferentieerde aanpak.

In voorliggende brief informeer ik u – de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, en de Minister van Economische Zaken en Klimaat – u.

² Kamerstuk 25 295, nr. 1818

³ Zoals in de brief van 1 april aangegeven, betreft het hier: Verkoudheidsscenario, Griep+ scenario, Continue Strijd scenario en Worst Case scenario. Advies KNAW en WRR: <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/coronacrisis/documenten/publicaties/2021/09/02/navigeren-en-anticiperen-in-onzekere-tijden>.

- Het is moeilijk om het verloop van het virus te voorspellen. Om die reden monitoren we de (internationale) ontwikkelingen van het virus nauwgezet, om zoveel als mogelijk te voorkomen dat we verrast worden. In paragraaf 1 wordt hierop ingegaan;
- In paragraaf 2 wordt een beschrijving gegeven van de interventiesystematiek en het daarop volgende adviserings- en besluitvormingsproces, mocht de epidemiologische situatie zodanig veranderen dat interventies nodig zijn. In deze paragraaf wordt onder andere de inzet van het Maatschappelijk Impact Team (MIT) toegelicht;
- Het openhouden van de samenleving vraagt om een integrale en preventieve aanpak en is de verantwoordelijkheid van ons allemaal. In paragraaf 3 wordt beschreven hoe we als overheid en samenleving – als belangrijk onderdeel van de langetermijnstrategie – beter voorbereid zijn op, en beter beschermd tegen mogelijke oplevingen van het virus. In deze paragraaf wordt ingegaan op de beschikbaarheid van (nieuwe) medicatie, (zelf)testen en het testlandschap, quarantaine en isolatie, vaccineren, reisbeleid en internationale samenwerking;
- In paragraaf 4 wordt ingezoomd op de zorg. Eén van de doelen van het coronabeleid ziet toe op de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Het is belangrijk dat de (reguliere) zorgketen goed kan blijven functioneren, ook bij een opleving van het virus. In paragraaf 4 wordt toegelicht welke stappen de overheid samen met de zorgsector zet om de zorgketen te optimaliseren.
- In paragraaf 5 wordt uiteengezet hoe sectoren bijdragen aan het openhouden van de samenleving en hoe zij zich voorbereiden op verschillende scenario's (preventie, interventie en nood).
- Ten slotte wordt in paragraaf 6 aangegeven welk juridisch instrumentarium de overheid beschikbaar heeft, mochten interventies nodig zijn.

Hiermee wordt voldaan aan de volgende moties en toezeggingen:

- De toezegging aan het lid Westerveld (GroenLinks) om testbeleid en beleid t.a.v. 2G terug te laten komen in de aanpak voor de korte en langere termijn.
- De toezegging aan de leden Westerveld (GroenLinks), Van Haga (Groep van Haga) en anderen om de eerste rapportage van het expertteam richting uw Kamer te sturen.
- De toezegging aan het lid Paulusma (D66) om een overzicht van het toekomstige besluitvormingsproces mee te sturen met de brief over de uitwerking van de lange termijn aanpak COVID-19.
- De toezegging aan het lid Tielen (VVD) om in de brief over de uitwerking van de lange termijn aanpak COVID-19 met concrete antwoorden te komen over bijv. het opschalen van de GGD.
- De toezegging aan uw Kamer om in de brief over de lange termijn terug te komen op de classificatie van het virus als A-ziekte.
- De toezegging aan het lid Kuzu om geen concept OMT advies meer te ontvangen en het advies rechtstreeks naar het BAO te sturen.
- De toezegging aan het lid Hijink (SP) om te expliciteren als er in het BAO om verduidelijking van het OMT advies is gevraagd, en wat dat dan is geweest.
- De toezegging aan het lid Paulusma (D66) om momenten van evaluatie in te bouwen.
- De toezeggingen aan uw Kamer om het advies van het expertteam na publicatie te doen toekomen en u te informeren wanneer de uitkomsten van de testcases bekend zijn.
- De toezegging aan het lid Den Haan (Fractie Den Haan) om onderzoek te (laten) doen naar het anders organiseren van de acute bijvoorbeeld door de inzet van PACU-capaciteit.

- De motie van de leden Omtzigt en Kuzu om het OMT te verzoeken OMT-adviezen niet te wijzigen zonder dat OMT-leden zijn geraadpleegd en hebben ingestemd (Kamerstuk 25 295, nr. 1864).
- De motie van de leden Van Haga (Groep Van Haga) en Agema (PVV) met betrekking tot het verzoek aan de regering om het treffen van ventilatiemaatregelen krachtig te bevorderen (Kamerstuk 25 295, nr. 1848).
- De motie van het lid Den Haan (Fractie Den Haan) c.s. om in de publiekscampagne aandacht te hebben voor de positie van kwetsbaren om zo het algemeen publiek te informeren en zo handelingsperspectief te bieden voor een zo veilig mogelijke deelname aan de maatschappij voor iedereen (Kamerstuk 25 295, nr. 1855).
- De motie van het lid Paulusma (D66) c.s. om in de communicatiecampagnes van de rijksoverheid gedrag- en communicatiewetenschappers aan de voorkant te betrekken (Kamerstuk 25 295, nr. 1856).
- De motie van het lid Hijink (SP) die de regering verzoekt om zich niet neer te leggen bij deze tekorten en met een plan te komen om nieuwe zorgverleners aan te trekken en de huidige zorgverleners vast te houden, en de Kamer hierover te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1857).

1. Monitoring en modellering: het virus in beeld

Om zicht te houden op het virus, houden we een groot aantal zaken in de gaten, gericht op vier aspecten van de epidemie:

- We proberen ervaringen zo vroeg mogelijk te signaleren met instrumenten zoals rioolwatersurveillance waarbij het rioolwater van meer dan 300 afzonderlijke locaties verspreid over het hele land op dit moment meerdere keren per week gemeten wordt op corona. Daarnaast helpen onder meer de infectieradar, nivel-peilstations en het aantal positieve testen ons zicht te houden op de circulatie van het virus in (groepen in) de algemene bevolking. Met kiemsurveillance op een steekproef van ontvangen monsters wordt zicht gehouden op de aanwezigheid van nieuwe varianten. Deze instrumenten geven op verschillende wijzen vroegtijdig zicht op de verspreiding van het virus waardoor tijdig kan worden geanticipeerd op een mogelijke opleving.
- De afgelopen periode heeft ons geleerd dat varianten van het virus een verschillend ziekteverloop kennen. De ernst van het virus met betrekking tot het ziekteverloop is een belangrijk aspect om te monitoren, omdat het mede bepaalt op welk moment maatregelen getroffen moeten worden. We houden de ernst van het virus in de gaten door te kijken naar data omtrent het aantal ziekenhuis- en IC-opnames, mede in relatie tot de immuunstatus en sterfte. Tevens houden we internationale duidingen over de ernst en verspreiding van het virus nauwlettend in de gaten.
- In het verlengde hiervan wordt de druk op de zorg gemonitord door te kijken naar de bezette bedden in de zorg en bijvoorbeeld besmettingen in verpleeghuizen. Daarnaast wordt door het Landelijk Coördinatiecentrum Patientenspreiding (LCPS) samen met de partners, waaronder GGD GHOR Nederland en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de huidige Landelijke Ketenmonitor Zorg doorontwikkeld. Hierbij wordt ook gekeken naar factoren als ziekteverzuim van het zorgpersoneel en betere data uit de eerstelijns (huisartsenzorg en wijkverpleging). Op deze wijze wordt de gehele zorgketen gemonitord om de toegankelijkheid ervan te kunnen waarborgen.
- Om te kunnen bepalen in welke mate de Nederlandse bevolking beschermd is tegen het virus houden we de immuuniteit tegen het virus in de gaten door bijvoorbeeld te kijken naar de vaccinatiegraad, het doen van onderzoek naar de (langetermijn)-effectiviteit van de coronavaccins en het doen van serologisch onderzoek. Een serologisch

onderzoek toont aan of er specifieke antistoffen tegen het coronavirus in het bloed aanwezig zijn.

Momenteel geldt dat testen een minder bruikbaar instrument is om zicht op het virus te behouden, aangezien sinds april jl. niet meer grootschalig wordt getest bij de GGD-teststraten. In plaats hiervan zijn andere instrumenten voor vroegsignalering belangrijker geworden⁴. Zo speelt de landelijk dekkende rioolwatersurveillance nu een grotere rol. Daarnaast wordt om nieuwe varianten snel te vinden – naast de reguliere sequencing – gewerkt aan het inrichten van regionale respons voor variantopsporing.

Ook wordt via gedragsonderzoeken en flitspeilingen gemonitord hoe de bevolking zich verhoudt tegenover te nemen of geldende maatregelen. Het is van belang om inzicht in het draagvlak en naleving van maatregelen te hebben, omdat dit ook als voorspeller van toekomstig gedrag en verspreidingsnelheid van het virus kan dienen.

Daarnaast is het van groot belang om internationaal zicht te houden op de ontwikkelingen van het coronavirus. Wanneer het virus in Nederland en binnen de Europese Unie onder controle is, kan het virus elders ter wereld in grote mate blijven rondgaan en muteren tot een nieuwe zorgwekkende virusvariant. Het RIVM onderzoekt, samen met andere laboratoria, welke varianten er in Nederland zijn en wat dat betekent voor de verspreiding in Nederland. De WHO en het ECDC publiceren wekelijks overzichten met zorgelijke varianten («Variants of Concern» – VOC), «interessante» varianten («Variants of Interest» – VOI) en varianten die gevolgd worden («Variants Under Monitoring» – VUM). Deze varianten worden in kaart gebracht vanwege hun (mogelijke) risicovolle kenmerken en mate van verspreiding. Het RIVM volgt en adviseert de WHO en het ECDC hierin. Binnen de EU Health Security Committee worden de laatste ontwikkelingen binnen en buiten de Unie met betrekking tot het coronavirus besproken.

Met het toegankelijk maken van COVID-19-data kan monitoring en modellering van het virus breder mogelijk gemaakt worden, en kan data breder ingezet worden voor onderzoek en statistiek. Daarom wordt naast de monitoringsinstrumenten van het RIVM gewerkt aan het toegankelijk maken van data zodat ook academici en burgers in staat worden gesteld om hun eigen analyses te maken. Dit wordt uiteraard gedaan binnen de geldende juridische kaders, zoals op het gebied van privacy. Waar nodig worden de juridische randvoorwaarden om dit mogelijk te maken verstevigd.

2. Interventie en besluitvorming

De regie op de infectieziektebestrijding is belegd bij het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM. Het RIVM volgt de situatie op basis van alle beschikbare indicatoren en voorziet het Ministerie van VWS wekelijks van duiding. In deze duiding komt ook de mogelijkheid voor additionele stappen, zoals intensievere monitoring in een bepaald gebied, communicatie over een mogelijke opleving of versnelde vaccinatie aan de orde.

Om de communicatie over de stand van de pandemie te verduidelijken, plaatst het RIVM sinds mei jl. een versie van de wekelijkse duiding op haar website. Daarnaast wordt de informatievoorziening over de ontwikkeling

⁴ Er worden waar nodig zelftesten beschikbaar gesteld om te gebruiken in het kader van de monitoringsinstrumenten.

van het virus via het Coronadashboard op de website van de rijksoverheid voortgezet.

Op basis van signalen uit de monitoring, kan vanuit de landelijke surveillance van COVID-19 de GGD, ondersteund door het RIVM, dagelijks besloten worden om extra stappen met betrekking tot het zicht houden op het virus te zetten. Dit kan bijvoorbeeld uitbraakonderzoek of extra lokale monitoring zijn bij de opkomst van een nieuwe variant of een snelle stijging van het aantal besmettingen. Op basis van de wekelijkse guiding van de epidemiologische situatie en de suggesties die het RIVM doet voor de te nemen additionele stappen, kan het Ministerie van VWS besluiten om verdere acties te laten ondernemen, zoals het extra monitoren via een bepaald monitoringsinstrument of op een bepaalde plek. Ook kan het RIVM besluiten het OMT bijeen te roepen. Als de situatie er aanleiding toe geeft zal het kabinet het OMT en parallel hieraan het MIT om advies vragen, waarna het (interdepartementale) besluitvormingsproces voor het (eventueel) nemen van maatregelen wordt gestart. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op dit besluitvormingsproces.

2.1 Oprichting Maatschappelijk Impact Team (MIT)

Het kabinet zet in op oprichting van een Maatschappelijk Impact Team (MIT). Hiervoor worden momenteel de voorbereidingen getroffen. Het MIT zal adviseren over het maatschappelijke doel van het coronabeleid (sociaal-maatschappelijke en economische vitaliteit/continuïteit).

Het kabinet is verheugd aan te kondigen dat Jolande Sap bereid is gevonden als kwartiermaker en beoogd voorzitter van het MIT te fungeren. Jolande Sap heeft een uitgebreide staat van dienst opgebouwd bij verscheidene maatschappelijke organisaties en bedrijven. Bovendien heeft ze in Den Haag zowel politieke als ambtelijke ervaring. Met deze achtergrond kan zij de brug slaan tussen de verschillende perspectieven die in het MIT moeten samenkomen. Jolande Sap zal als kwartiermaker betrokken zijn bij de verdere inrichting van het MIT en het benaderen van de beoogde leden. Als beoogd voorzitter van het MIT zal zij bovendien het boegbeeld zijn.

Het is voor het kabinet van groot belang dat MIT-advisering op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is. Het MIT staat naast het OMT en zal daarom, in crisissituaties, ook parallel functioneren aan het OMT. Het MIT zal in ieder geval ten tijde van besluitvorming over maatregelen gevraagd worden te adviseren over de maatschappelijke impact hiervan, gelijktijdig met de OMT-advisering (zie ook bijlage 1 voor een schematische weergave van het besluitvormingsproces). Het advies van het MIT wordt gedeeld met Tweede Kamer (in lijn met OMT-adviezen). Ook zal de voorzitter van het MIT in het besluitvormingsproces zoveel mogelijk parallel optreden aan de voorzitter van het OMT.

Het MIT krijgt verder de ruimte om ongevraagd advies te geven over het coronabeleid in het algemeen of op onderdelen daarvan, naast gevraagde adviezen. Het is aan het MIT zelf over welke sociaal-maatschappelijke en economische aspecten het adviseert. De impact van het coronabeleid op de economie, kwetsbaren, jongeren en mentaal welzijn in het algemeen, en het voorkomen van permanente schade op de lange termijn zijn tot nu toe relevante sociaal-maatschappelijke en economische aspecten gebleken. Desgewenst kan er in een adviesaanvraag aandacht gevraagd worden voor een specifiek aspect.

Het kabinet beoogt een samenstelling van het MIT op basis van expertise. Potentiële leden zullen worden benaderd op basis van hun ervaring en expertise, zodat de verschillende sociaal-maatschappelijke en economische invalshoeken in het MIT voldoende gewogen kunnen worden. Leden kunnen zowel afkomstig zijn van onafhankelijke instituties (het kabinet denkt hierbij bijvoorbeeld aan instituties als de WRR, SER en de KNAW), als onafhankelijk zijn, maar zullen altijd op persoonlijke titel deelnemen aan het MIT. De directeuren van de Planbureaus zouden kunnen deelnemen als adviserende leden. Dit model zorgt ervoor dat de relevante kennis beschikbaar is en geeft houvast en continuïteit. Het MIT kan daarnaast op eigen initiatief andere experts of vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties ad hoc of structureel uitnodigen. De samenstelling van het MIT wordt bepaald in samenspraak met de kwartiermaker, externe experts en het Ministerie van SZW.

Het kabinet streeft ernaar deze zomer een Maatschappelijk Impact Team te hebben opgericht dat een gelijkwaardige positie inneemt naast het OMT. Hierover zullen wij uw Kamer blijven informeren. Totdat het MIT formeel is opgericht zal in het geval van besluitvorming nog worden teruggevallen op de bestaande advisering met de Sociaalmaatschappelijke en Economische Reflectie (SMER).

2.2 Kader voor besluitvormingsproces door het kabinet met advies van het OMT en MIT

Indien de wekelijkse duiding van de epidemiologische situatie door het RIVM aanleiding geeft voor het (eventueel) nemen van maatregelen, kan het RIVM het OMT bijeen roepen. Als blijkt dat er maatregelen getroffen of aangepast moeten worden, zullen betrokken ministeries het OMT en het MIT parallel om advies vragen op basis van een voorstel van het kabinet voor te nemen maatregelen. De adviesaanvragen aan het OMT en MIT zullen hetzelfde voorstel bevatten, maar zullen gericht zijn op een andere expertise. De gelijkkluidendheid is belangrijk om de adviezen daarna zo goed mogelijk te kunnen wegen. De uitgewerkte sectorplannen staan, mits deze voldoende solide zijn, aan de basis van het maatregelen voorstel. Alleen bij zwaarwegende redenen kan van de sectorplannen worden afgeweken: als er sprake is van een zwart scenario, kunnen verdergaande maatregelen onvermijdelijk zijn. Mogelijk vindt voor de totstandkoming hiervan nog consultatie plaats met sectoren.

Het OMT en het MIT versturen hun definitieve adviezen aan de betreffende ministeries (resp. VWS en SZW). Hierop volgt een bespreking van het OMT-advies door het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO), dat de taak heeft om het OMT-advies op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid te beoordelen. Het staat zowel het OMT als het MIT vrij om ook ongevraagd een advies te geven.

Diverse partijen (bijvoorbeeld die geraadpleegd voor de sociaal, maatschappelijke en economische reflectie (SMER) en onder andere de GGD) worden gevraagd een uitvoeringsadvies te geven op het voorgestelde maatregelenpakket. De exacte uitwerking van bovengenoemde stappen wordt met betrokken partijen nader geconcretiseerd. Deze adviezen over de uitvoering waren eerder terug te vinden in de Sociaal, Maatschappelijke en Economische Reflectie die de Kamer ontving. Het OMT en MIT-advies worden samen met het BAO advies op het OMT-advies naar de Kamers verzonden. Vervolgens vindt besluitvorming plaats door de betrokken Ministers in de Ministeriële Commissie Covid-19 (MCC-19) over het voorgestelde maatregelenpakket. De Kamers en de samenleving worden dezelfde dag over de besluiten geïnformeerd met een Kamerbrief en een communicatiemoment.

Zie voor een schematische weergave van bovenstaand beschreven besluitvormingsproces bijlage 1. Hiermee voldoet de Minister van VWS aan de toezegging aan het lid Paulusma gedaan tijdens het commissiedebat van 19 april jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1844) om een schematische weergave van het besluitvormingsproces mee te sturen.

De komende periode zal de invulling van het MIT verder worden uitgewerkt. In de brief, die in september aan uw Kamer wordt gestuurd, wordt dit nader toegelicht. Dit kan mogelijk nog leiden tot aanpassing van dit schema

Toezeggingen en moties uit het debat van 24 mei jl. (Handelingen II 2021/22, nr. 83, Debat over de bemoeienis van het ministerie met OMT-adviezen) betreffende het OMT advies

Door het OMT direct het definitieve advies te laten sturen naar het ministerie, voldoet de Minister van VWS aan de toezegging aan het lid Kuzu om geen concept OMT-advies meer te ontvangen en het advies rechtstreeks naar het BAO te sturen.

Indien het OMT-advies aangepast wordt omdat er in het BAO om verduidelijking is gevraagd is, zal dit expliciet in het OMT-advies worden opgenomen. Hiermee voldoet de Minister van VWS aan de toezegging aan het lid Hijink op dit punt.

Aan de motie van de leden Omtzigt en Kuzu om het OMT te verzoeken OMT-adviezen niet te wijzigen zonder dat OMT-leden zijn geraadpleegd en hebben ingestemd heeft de Minister van VWS voldaan door dit bij het RIVM onder de aandacht te brengen pas een advies uit te brengen na raadpleging van de OMT-leden.

Het boven beschreven besluitvormingsproces zal worden geëvalueerd na een aantal besluitvormingscycli, hiermee voldoet de Minister van VWS aan de toezegging aan het lid Paulusma om momenten van evaluatie in te bouwen.

3. Beter voorbereid en beschermd

Zoals in de inleiding van deze brief al kort werd aangestipt, vraagt het openhouden van de samenleving een integrale en preventieve aanpak, waarbij we allemaal – de overheid, de zorg, sectoren, bedrijven, instellingen én de samenleving – aan zet zijn. Ook het vinden van voldoende personeel – in het geval er aanleiding is dat GGD'en op moeten schalen in testen, vaccineren en bron- en contactonderzoek (monitoring en advies) – is een gezamenlijke en maatschappelijke opgave. Met een open samenleving als uitgangspunt kan het vinden van voldoende personeel immers een extra uitdaging zijn.⁵

Naast zicht houden op het virus, is het van belang om paraat te staan voor wanneer een opleving zich daadwerkelijk aandient. In deze paragraaf wordt toegelicht wat preventief door de overheid wordt gedaan op het gebied van testen, vaccineren, medicatie, internationale lessen, samenwerking en reisbeleid, quarantaine en isolatie, en communicatie om de samenleving langer open te kunnen houden en wat op de verschillende onderwerpen aanvullend wordt uitgewerkt, voor het geval de situatie

⁵ Tijdens eerdere opschalingen was er personeel beschikbaar uit onder andere de horecasector en de evenementenbranche, dat (tijdelijk) in kon springen bij de GGD'en. Met het uitgangspunt van een open samenleving is dit mogelijk niet het geval.

daarom vraagt. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens toegelicht welke acties het kabinet ten aanzien van de zorg voorstelt.

Daarbij geldt dat voorkomen beter is dan genezen. Het kabinet vindt het van groot belang dat gezond gedrag – waaronder voldoende sport en bewegen – verder gestimuleerd wordt. Al eerder was bekend dat dit de kans op veel andere ziekten, zoals hart- en vaatziekten, kanker en dementie, vermindert. Ook herstellen mensen met een betere conditie gemiddeld makkelijker na een infectie met COVID-19, maar ook na andere ziekten of een operatie. Zoals de Staatssecretaris van VWS eerder aan uw Kamer aangaf, wordt de lange termijnvisie op COVID-19 en gezonde leefstijl samengevoegd met de brede kabinetsvisie op preventie.⁶

Naast fysieke gezondheid, zet het kabinet in op het verbeteren van de mentale gezondheid, specifiek van jongeren. We hebben gezien dat de mentale gezondheid van jongeren tijdens de crisis onder druk heeft gestaan wegens het wegvallen van sociale contacten en activiteiten, bijvoorbeeld in het onderwijs, de sport en de cultuur. In hoofdstuk 5 wordt hierop teruggekomen. Ook in de uitwerking van de sectorplannen onderwijs is specifieke aandacht voor mentale gezondheid. Scholen en instellingen is gevraagd om uit te werken welke activiteiten ze ondernemen om aandacht te besteden aan de executieve functies en het sociaalemotioneel welbevinden van hun leerlingen en jongeren. Het Ministerie van OCW blijft hierover, in nauwe samenwerking met onder andere het Ministerie van VWS, intensief in gesprek met partijen uit het onderwijsveld, waaronder onderwijskoepels, studenten en vakbonden.

Om de samenleving open te houden is ook inzet van ons als individuele burger nodig. Ons allemaal wordt gevraagd ons ook op de langere termijn te houden aan de basisadviezen om besmettingen zo veel mogelijk te voorkomen, en om rekening te houden met mensen om ons heen die zich zorgen maken om hun gezondheid. De basisadviezen tegen corona luiden: was vaak je handen, hoest en nies in je elleboog, blijf thuis bij klachten en doe een zelftest, zorg voor voldoende frisse lucht en haal een vaccin, booster- of herhaalprik. Een aantal van deze adviezen wordt verderop in dit hoofdstuk nader toegelicht.

3.1 (Zelf)testen en zelfzorgadvies

Testen geeft mensen zicht op hun eventuele coronabesmetting, waardoor ze passende maatregelen kunnen nemen om zichzelf en hun naasten te beschermen. Dit was ook een van de redenen voor het kabinet om sinds de start van de COVID-pandemie veel te investeren in risicogericht populatiebreed professioneel testen bij de GGD. Vanwege de huidige epidemiologische situatie is gekozen voor zelftesten als primaire methode voor populatiebreed risicogericht testen. Zelftesten en een zelfzorgadvies zijn nu het uitgangspunt.

3.1.1 Landelijke testcapaciteit

Het advies om na een positieve zelftest een confirmatietest te doen is vervallen op 11 april jl. De aanpassing van het testbeleid leidt structureel tot minder testvraag bij de GGD'en. Niet voor iedereen is zelftesten de aangewezen optie; voor deze mensen is het mogelijk om toch een professioneel afgenomen test (bij de GGD) te doen, zoals inwoners van een verpleeghuis of andere instelling met kwetsbare personen en zorgmedewerkers. Hiertoe houdt de GGD een basistestcapaciteit beschikbaar. Deze basistestcapaciteit geeft ook de mogelijkheid tot beperkte

⁶ Kamerstuk 32 793, nr. 584

opschaling indien nodig. Op een deel van de positieve PCR-testen wordt nadere variant analyse gedaan, voor zicht op de opkomst en uitbreiding van nieuwe varianten (zie hoofdstuk 1 «Monitoring en modellering: het virus in beeld»).

Grootschalige opschaling van PCR-testen voor de gehele bevolking is alleen nodig als er een variant komt waarbij de antigeen(zelf)testen onvoldoende betrouwbaar zijn, terwijl de besmettingen en druk op de zorg onverhoopt toch weer oplopen. In ieder geval tot in februari 2023 houden de GGD'en rekening met dit scenario en zijn er afspraken gemaakt over de opschalingssnelheid. De GGD'en bereiden zich voor om vanuit een risicogerichte testcapaciteit per regio binnen twee weken de testcapaciteit op te schalen naar 15.000⁷ per dag en in vijf weken daarna naar een testcapaciteit van 100.000 per dag. De beschikbaarheid van personeel is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Het is van belang om bij een nieuwe variant die dominant dreigt te worden snel te bepalen in hoeverre antigeen(zelf)testen nog voldoende werken. Daarom werkt het Ministerie van VWS met wetenschappers en uitvoerende partijen gezamenlijk een protocol uit om snel te kunnen onderzoeken hoe goed antigeen(zelf)testen nog werken⁸. Het is onder andere afhankelijk van de uitkomsten van deze validatiestudies of het nodig is om het (zelf)testbeleid te wijzigen. Dat zou bijvoorbeeld een opschaling van de PCR-testcapaciteit kunnen zijn. Het protocol voor antigeentestvalidatie wordt in de zomer afgerond.

3.1.2 Inzetten en toepassen van zelftesten

We houden er rekening mee dat er gedurende het jaar oplevingen van het virus mogelijk zijn. We hebben gezien dat het voor de meeste mensen goed mogelijk is om de zelftesten zelf aan te schaffen, omdat deze voor een redelijke prijs beschikbaar zijn. Het kabinet kan ervoor kiezen, zoals in de Kamerbrief Lange termijn aanpak COVID-19 van april jl.⁹ aangekondigd, om zelftesten kosteloos en laagdrempelig te verspreiden onder bepaalde groepen¹⁰. Eén van deze groepen bestaat uit mensen met een laag inkomen. Op dit moment kiest het kabinet ervoor om aan deze groep kosteloos zelftesten te verstrekken. We willen voorkomen dat deze doelgroep vanwege financiële barrières geen test kan doen bij klachten. Een andere groep bestaat uit leerlingen, studenten en medewerkers in het onderwijs. Momenteel is de druk op het verspreiden van zelftesten afgenomen, waardoor de uitgifte aan het onderwijs fors is afgenomen. Het kabinet vindt het belangrijk om – zo lang zij dat nodig acht – zelftesten aan het onderwijs te verstrekken, om uitbraken in het onderwijs en lesuitval te voorkomen. Deze afweging zal steeds binnen het kabinet worden gemaakt. Op dit moment acht het kabinet het verstandig om tot de kerstvakantie gratis zelftesten te verstrekken aan scholen en onderwijsinstellingen, tenzij eerder wordt besloten dat het niet meer nodig is. Over verstrekking na de kerstvakantie zal voor de herfstvakantie een besluit worden genomen, op basis van de dan heersende epidemiologische situatie¹¹. Ook denkt het kabinet na over lange termijn verstrekking aan kwetsbaren, zoals ook in de vorige Kamerbrief lange termijn aanpak

⁷ De testcapaciteit van 15.000 per dag is de omvang van de huidige kwetsbare doelgroep en hun verzorgenden die met PCR wordt getest.

⁸ Het is noodzakelijk om hiervoor zelftesten beschikbaar te stellen aan het onderzoeksinstituut.

⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 1834.

¹⁰ Daarnaast worden zelftesten beschikbaar gesteld voor monitorings- en studiedoelinden (zie hoofdstuk 1 Monitoring en modellering: het virus in beeld).

¹¹ Voor het onderwijs geldt dat er voor 2022 budget beschikbaar is voor de distributie van de testen. De besluitvorming over het budget voor daarna wordt betrokken bij de besluiten over de miljoenennota.

COVID-19 van april jl. aan de Kamer is gecommuniceerd. Daarvoor is nog een adviesaanvraag in voorbereiding. Tussentijds kan, op basis van de dan geldende epidemiologische situatie en adviezen van het RIVM, worden besloten om de inzet te intensiveren (bijvoorbeeld naar preventief testen), of om het verstrektingsbeleid te stoppen.

3.1.3 Zelfzorgadvies

Met een zelfzorgadvies krijgen burgers handelingsperspectief voor hoe te handelen na een positieve testuitslag. Dit advies gaat bijvoorbeeld over de isolatieduur na een positieve zelftest en hoe een geïnfecteerd persoon haar/zijn omgeving kan informeren, maar ook breder over hoe te handelen bij een negatieve test of aanhoudende klachten. Een eerste versie van het zelfzorgadvies is digitaal te vinden (Quarantaine Check COVID-19 | rijksoverheid.nl). Voor de mensen die de weg naar het digitaal zelfzorgadvies (nog) niet goed kennen, komt er ondersteuning en hulp vanuit de GGD'en. Het digitaal zelfzorgadvies, in combinatie met het niet-digitaal zelfzorgadvies, worden door de GGD'en uitgevoerd onder de noemer «Monitoring en advies».

Met de lange termijn strategie is bron- en contactonderzoek (BCO) vooral zinvol voor specifieke doelgroepen, (lokale) verheffingen of clusters/uitbraken. In de transitiefase verandert de focus van het BCO van het zicht houden op en indammen van het virus, naar het beschermen van kwetsbaren en het signaleren van uitbraken. Ook speelt BCO een rol bij het in kaart brengen van eigenschappen van eventuele nieuwe varianten. De BCO-capaciteit, die bestaat uit een regionale basiscapaciteit bij de GGD'en en een landelijke capaciteit bij de Landelijke Coördinatie Covid-19 Bestrijding (LCCB), is grotendeels afgeschaald. De personele capaciteit in de landelijke schil is sinds eind mei volledig afgebouwd. Regionaal hebben de GGD'en een beperktere (basis)capaciteit beschikbaar voor BCO. De basiscapaciteit wordt ingezet voor het adviseren bij specifieke uitbraken – zoals in intramurale instellingen waar mensen verblijven met een hoog risico op ernstig verloop. Wanneer opschaling van capaciteit nodig is, schalen de regio's eerst binnen de eigen GGD op. Bij een langdurige opschaling kan de landelijke schil weer worden geactiveerd. Met deze beperkte regionale capaciteit kan de GGD adviseren bij specifieke uitbraken en wordt – door tijdelijke intensivering van het BCO – bij een nieuwe variant zicht verkregen op verspreiding en eigenschappen van de variant. De LCCB behoudt de noodzakelijke infrastructuur, voor het geval er bij een sterke opleving behoefte is aan landelijke BCO-capaciteit. Daarnaast wordt er gewerkt aan het versnellen van het BCO-proces door het verbeteren en aanpassen van de ondersteunende ICT.

3.2 Vaccineren

3.2.1 Voorbereidingen nieuwe vaccinatierondes

Vaccineren levert een belangrijke bijdrage aan het openhouden van onze samenleving, doordat de nu beschikbare COVID-19-vaccins goed beschermen tegen ernstige ziekte en sterfte voor de nu in Nederland rondgaande varianten. Het kabinet wil snel kunnen starten met nieuwe vaccinatierondes, als de epidemiologische situatie daar om vraagt. We weten nog niet of de huidige COVID-19-vaccins voldoende bescherming blijven bieden, bijvoorbeeld in het geval van nieuwe opkomende virusvarianten. Mocht dat niet het geval zijn, dan is van belang hoe snel nieuwe (aangepaste) vaccins ontwikkeld worden en op de markt komen.

We houden er rekening mee dat in de komende maanden nieuwe vaccinatierondes nodig kunnen zijn om ons zo goed mogelijk te beschermen tegen het coronavirus en treffen hiervoor voorbereidingen. Zoals de Minister van VWS in zijn brief van 17 mei jl.¹² heeft aangegeven, heeft het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM een responsteam ingericht, dat elke twee weken de noodzaak voor revaccinatie in relatie tot de epidemiologische situatie duidt. Op basis hiervan maakt het RIVM een inschatting van de noodzaak voor een herhaalprik. Indien nodig kan diezelfde week door een «expertteam COVID-19 vaccinaties» (OMT-Vaccinatie) geadviseerd worden over de inzet van een herhaalprik, al dan niet voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld voor mensen boven de 70 jaar). Het responsteam en het expertteam adviseren op basis van het «Toepassingskader revaccinatie tegen COVID-19»¹³ dat is opgesteld door de Gezondheidsraad welke groep op welk moment in aanmerking moet komen voor een herhaalprik. Het toepassingskader en andere medisch-wetenschappelijke adviezen van de Gezondheidsraad zijn leidend bij de besluitvorming over de inzet en prioritering van COVID-19-vaccins. Andere ontwikkelingen, waaronder de eventuele beschikbaarheid van nieuwe COVID-19-vaccins, kunnen aanleiding zijn voor nieuwe adviesvragen aan de Gezondheidsraad. Voor het uitvoeren van de vaccinatiecampagnes heeft het RIVM samen met de GGD'en en andere uitvoeringspartners, uitvoeringsplannen uitgewerkt om op verschillende scenario's, die ook in de brief van 1 april jl.¹⁴ zijn toegelicht, voorbereid te zijn.

Van de huidige COVID-19-vaccins is er voldoende voorraad om de hele Nederlandse bevolking een herhaalvaccinatie aan te bieden indien dat nodig zou blijken en daartoe besloten wordt. We zorgen ervoor dat er in ieder geval tot en met 2023 een robuuste vaccinvoorraad (in omvang en houdbaarheid) beschikbaar is. Daarnaast is bij de uitwerking van de verschillende uitvoeringsplannen ook rekening gehouden met een scenario waarin COVID-19-vaccins beschikbaar komen die zijn aangepast aan nieuwe varianten, zoals de omikronvariant. In dit geval zou opnieuw sprake kunnen zijn van vaccinschaarste, omdat de productiecapaciteit van deze nieuwe vaccins in de eerste fase mogelijk te laag is om aan de (mondiale) vraag te kunnen voldoen. Hier wordt later in de brief op teruggekomen.

Binnen de uitvoeringsplannen voor het najaar is uitgegaan van een scenario waarbij in ieder geval de meest kwetsbare groepen, die reeds hiervoor in aanmerking komen, een nieuwe herhaalprik aangeboden krijgen. Ook is rekening gehouden met de mogelijkheid dat de hele bevolking een vaccinatie aangeboden krijgt. De GGD'en bereiden zich voor om, in het geval van een dergelijke vaccinatieoperatie, vanuit een basiscapaciteit van 300.000 vaccinaties per week in drie weken op te schalen naar een capaciteit van 500.000 vaccinaties per week. In zes weken wordt dit opgebouwd naar een capaciteit van 1,5 miljoen vaccinaties per week. De startdatum van een eventuele campagne in het najaar is onder andere afhankelijk van de epidemiologische situatie, de monitoring door het RIVM, en de medisch-wetenschappelijke adviezen van het RIVM.

Om snel te kunnen opschalen werken de GGD'en aan flexibele inzet van personeel voor zowel testen als vaccineren. Zo worden er regionale pools van oud-medewerkers opgezet en worden er gesprekken gevoerd met onder andere uitzendorganisaties, onderwijskoepels en hulporganisaties

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1843

¹³ Kamerstuk 25 295, nr. 1823

¹⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1834

van het Rode Kruis. GGD'en bespreken met werkgevers – vanwege de krappe arbeidsmarkt – de mogelijkheden voor het beschikbaar stellen van medewerkers met ervaring met prikken of testen.

Naast de noodzaak voor flexibele inzet is het ook belangrijk dat het personeel zo efficiënt mogelijk wordt ingezet. Met een aantal innovaties op de priklocaties kunnen de GGD'en het aantal handelingen voor personeel verminderen, bijvoorbeeld door middel van scan-prik-scan. Ook wordt het burgerportaal verbeterd zodat burgers klantvriendelijker digitaal een afspraak kunnen maken. Daarnaast wordt het mogelijk doelgroepen proactief uit te nodigen, zodat vaccinatie-afspraken efficiënter gepland kunnen worden. Het is mogelijk om deze afspraken digitaal te wijzigen of te annuleren. GGD'en voeren daarnaast op vaccinatielocaties verdere verbeteringen door, zodat de doorlooptijd van het vaccineren verkort wordt waardoor er meer vaccinaties op een dag gezet kunnen worden.

Het RIVM werkt met meerdere uitvoeringspartners aan een nooduitvoeringsplan om, bij een plotselinge ernstige opleving van SARS-CoV-2, in zeer korte tijd de hele bevolking te kunnen vaccineren met de huidige vaccins. Daar zal meer voor nodig zijn dan alleen de inzet van de GGD'en. We kijken bij het nooduitvoeringsplan wat nodig is om sneller op te schalen en hoe voor het vaccineren een beroep gedaan kan worden op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuispersoneel en huisartsen.

Vanzelfsprekend blijft het registreren van COVID-19-vaccinaties onderdeel van een zorgvuldige uitvoering. Goede registratie is van belang voor zowel het kunnen monitoren en evalueren van de vaccinatiecampagnes als voor het kunnen meten van de vaccinatiegraad. Daarnaast is registratie ook van belang voor eventuele *recall*-acties (veiligheid) en het kunnen afgeven van een vaccinatiebewijs ten behoeve van een Digitaal Corona Certificaat (DCC).

De scenario's zoals hierboven beschreven gelden voor zowel Europees Nederland als voor de Caribische delen van het Koninkrijk en zijn in ieder geval van toepassing voor 2022. Naar verwachting zal het niet eerder dan in het najaar van 2023 mogelijk zijn om een structureel vaccinatieprogramma voor COVID-19 vorm te geven. Dit komt door de onvoorspelbaarheid van de circulerende virusvarianten en de bescherming van de beschikbare COVID-19-vaccins daartegen. De Gezondheidsraad zal over dit structurele vaccinatieprogramma in 2023 adviseren.

3.2.2 Verhogen van de vaccinatiegraad

Vanaf de start van de vaccinatiecampagne is voortdurend ingezet op een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad, zowel als het gaat om de basisserie als om de boost- en herhaalvaccinatie. In hoeverre de toekomstige vaccinatiecampagnes succesvol zijn, hangt in belangrijke mate af van de bereidheid onder de bevolking om (herhaal)vaccinaties te nemen. Naast het laagdrempelig beschikbaar stellen van vaccins, leveren GGD'en en gemeenten doorlopend gerichte inspanningen om degenen die nog niet zijn gevaccineerd te bereiken én degenen die weinig noodzaak meer voelen (en/of vaccinatie-moe zijn) te motiveren een herhaalprik te halen. Het kabinet heeft grote waardering voor de inzet van alle partijen die hierbij betrokken zijn. Een hoge vaccinatiegraad blijft immers onverminderd belangrijk om mensen te beschermen tegen ernstige ziekte door het coronavirus. Het kabinet heeft in de Kamerbrief van 1 april aangekondigd ook de inzet van aanvullende maatregelen te verkennen, die de vaccinatiegraad verhogen indien dit noodzakelijk zou zijn om een open samenleving, zonder ingrijpende contactbeperkingen, en een toegankelijke zorg te waarborgen. Het kabinet weegt daarbij welke prikkels

effectief, maatschappelijk wenselijk en proportioneel zijn. In het geval van oplopende besmettingen kan het kabinet op basis van bovenstaande weging besluiten om in te zetten op het verhogen van de vaccinatiegraad, maatregelen in de zorg of sectorale maatregelen.

Eén van de inspanningen die de Ministers van VWS en SZW in hun Kamerbrief van 1 april jl. hebben aangekondigd is dat de Minister van VWS een maatschappelijke dialoog zal opstarten, in samenwerking met het RIVM, om op deze manier het gesprek met burgers, sectoren en andere partijen over vaccineren te kunnen faciliteren. Door middel van deze maatschappelijke dialoog wil het kabinet meer inzicht krijgen in de belangrijkste barrières en mogelijke kansen bij het motiveren van de Nederlandse bevolking voor het halen van een vaccinatie. Mede op basis daarvan wil het kabinet de brede publiekscommunicatie en de communicatie gericht op specifieke groepen verder verbeteren. Daarnaast wil het kabinet, in samenspraak met diverse partijen, kijken welke andere stappen we kunnen nemen om vaccineren nog toegankelijker te maken voor zo veel mogelijk mensen. Om de fysieke drempel voor vaccineren zo laag mogelijk te maken, worden – waar nodig – vaccinaties dichtbij huis of werk aangeboden. Mensen die om medische redenen niet mobiel zijn, worden thuis gevaccineerd.

3.2.3 COVID-19-vaccin inkoop en donatie

Zoals eerder in deze brief benoemd wordt ook de mogelijke behoefte aan nieuwe (aangepaste) vaccins verkend. Diverse farmaceuten werken momenteel aan aangepaste COVID-19-vaccins, zoals de omikronvariant. Zodra nieuwe aangepaste vaccins op de Europese markt verschijnen, kan Nederland binnen de huidige vaccin aankoopcontracten van dezelfde farmaceut, de vaccins die we dan nog tegoed hebben, omzetten naar de nieuwe. Dit proces zal geleidelijk verlopen waarbij we in het begin een mix zullen hebben van huidige en nieuwe aangepaste vaccins. Over de voor- en nadelen van nieuwe aangepaste vaccins en voor welke specifieke doelgroepen die ingezet zullen worden zal de Minister van VWS de Gezondheidsraad om advies vragen, zodra meer informatie over nieuwe vaccins beschikbaar is. Een eventueel overschot aan vaccins zal voor donatie ter beschikking worden gesteld aan landen die daar behoefte aan hebben.¹⁵

3.3 Beschikbaarheid van (nieuwe) medicatie

In de eerdere brief over de lange termijn aanpak heeft de Minister van VWS geschetst hoe hij zich blijvend inzet voor het beschikbaar maken van geneesmiddelen voor de behandeling van COVID-19.¹⁶ Hierbij wordt uw Kamer kort aanvullend geïnformeerd over een aantal elementen die deze strategie vormgeven.

Allereerst kan meede gedeeld worden dat de looptijd van de Corona Crisis Voorraad met één jaar wordt verlengd. Het gaat hier specifiek om een voorraad geneesmiddelen die op de Intensive Care (IC) wordt gebruikt om patiënten te behandelen. De voorraadopbouw wordt mogelijk op elementen aangepast en er wordt lering getrokken uit het gebruik van deze middelen van het afgelopen jaar, specifiek om verspilling te voorkomen. Deze voorraad is berekend op piekbelasting van de IC.

¹⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1869

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1834

Daarnaast is de Minister van VWS in gesprek met het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) om ook de komende periode bij de behandeling van patiënten met COVID-19 uitvoer te geven aan monitoring op het gebruik van geneesmiddelen en de relevante voorraden hiervan. Deze informatie is van grote waarde gebleken om enerzijds tekorten te voorkomen, en anderzijds de inkoop beter af te stemmen op het daadwerkelijke gebruik. Het LCG maakt het mogelijk om bij een snelle toename van het aantal ziekenhuisopnamen scherp te sturen op de beschikbare geneesmiddelen en waar mogelijk tekorten te voorkomen.

Als laatste blijft de Minister van VWS zich hard maken voor een terugkeer naar de gebruikelijke route van marktintroductie van nieuwe geneesmiddelen in Nederland. De Minister van VWS vindt het onwenselijk dat de overheid nog altijd centraal COVID-behandelingen moet inkopen. Hij acht het van belang dat deze geneesmiddelen ook worden beoordeeld op kosteneffectiviteit zodat ze kunnen worden opgenomen in het verzekerde pakket. Wanneer groothandels en ziekenhuizen zelf geneesmiddelen inkopen is dit doorgaans ook beter afgestemd op het daadwerkelijk gebruik en wordt geborgd dat schaarse middelen ook daar worden ingezet waar ze nodig zijn. De Minister van VWS ziet nu nog te veel concentratie van grote voorraden die centraal door overheden worden ingekocht om de boot maar niet te missen. Dit moet nu anders.

Een korte update wil de Minister van VWS nog geven over specifieke producten. Het geneesmiddel Evusheld komt eind juni in Nederland beschikbaar via het RIVM zodra de firma het product heeft geleverd. Daarnaast verwacht de Minister van VWS spoedig een inkoopcontract te hebben gesloten voor Paxlovid en Lagevrio. Om te bepalen hoeveel van welk geneesmiddel de Minister van VWS moet aanschaffen baseert hij zich onder andere op input van het LCG en het aantal ziekenhuisopnamen tijdens voorgaande piekbesmettingen.

3.4 Internationale lessen, samenwerking en reisbeleid

3.4.1 Internationale lessen

Ook proberen we oog te houden voor de lessen die we kunnen leren uit de lange termijn aanpak in andere landen.

Het Verenigd Koninkrijk heeft in februari 2022 een COVID-19 responsplan gepresenteerd¹⁷. In algemene zin wil de Britse overheid het normale leven zoveel mogelijk open en veilig houden. De nadruk in het responsplan ligt op het toegankelijk houden van de zorg(keten). Om dat te bereiken willen zij de kwetsbaren vaccineren, onderzoeken waar en hoe mensen ziek worden en onderzoek doen naar het virus voor eventuele nieuwe vaccins of behandelingen. Preventieve maatregelen bij of paraatheid van (economische) sectoren komen minder aan de orde in de Britse aanpak.

Denemarken heeft in december 2021 een strategie gepresenteerd voor de afgelopen winter die grotendeels gebaseerd is op basisparaatheid die afhankelijk van de infectiedruk kan worden op- of afgeschaald¹⁸. Belangrijke pijlers van die strategie zijn monitoring, vaccinatie en hervaccinatie, testen en traceren, infectiepreventie in de vorm van bijvoorbeeld een coronatoegangsbewijs en

¹⁷ HM Government. Covid-19 response: Living with covid-19. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-response-living-with-covid-19>

¹⁸ regeringen udgiver strategi for håndtering af corona i vintersæsonen | Sundhedsministeriet (sum.dk)

mondkapjes, communicatie, reisbeperkingen, behandeling en ziekenhuiscapaciteit, contactbeperkende maatregelen. Op korte termijn komt Denemarken met een nieuwe strategie voor het najaar van 2022.

Ook in Nederland proberen we de samenleving zo open en veilig als mogelijk te houden en te zorgen voor een basisparaatheid vanuit de overheid op vaccineren, communicatie, monitoring, testen en traceren, zorg, en een juridisch instrumentarium voor interventie en contactbeperkende maatregelen. In grote lijnen komen de strategieën overeen. Tegelijkertijd zijn er in de uitwerking verschillen waarvan wij proberen te leren, bijvoorbeeld andere manieren van communicatie om kwetsbare doelgroepen te bereiken.

In een aantal landen moeten de lange termijnplannen nog gepubliceerd worden. Daarom zullen we deze vergelijking met andere landen toelichten in een volgende Kamerbrief over de lange termijn aanpak. Waar aan de orde zullen we met sectoren (zie verderop in deze brief) in gesprek gaan over deze en andere voorbeelden.

3.4.2 Internationale samenwerking

Voor de lange termijn aanpak streeft het kabinet naar Europese coördinatie van beleid en steunt het de totstandkoming en herziening van Europese raadsaanbevelingen. Het kabinet onderschrijft het belang van Europese samenwerking waar grensoverschrijdende problematiek om een grensoverschrijdende oplossing vraagt, zoals bij de COVID-19-crisis het geval is. Om effectiever op te treden, blijft het kabinet inzetten op het in Europees verband blijven bespreken van een gecoördineerde aanpak, met maatregelen die zoveel mogelijk op Europees niveau worden ingezet. Voor het kabinet zijn bestaande crisisstructuren van de Europese Unie van groot belang om goed grip te houden op de Europese reactie op crises, zoals COVID-19. Nederland blijft zich dan ook hardmaken voor de versterking van het Integrated Political Crisis Response (IPCR)-mechanisme als instrument van de Europese Raad om crises te monitoren en daar tijdig een gecoördineerde Europese aanpak af te spreken. Het kabinet is van mening dat het voorlopig van belang blijft om COVID-19 in IPCR-verband te blijven monitoren.

Het belang van samenwerking geldt des te meer voor de buurlanden. Het is gebleken dat, wanneer net over de grens andere maatregelen gelden of voorzieningen beschikbaar zijn, dit soms gedrag oproept dat gelet op de epidemiologische situatie ongewenst is. Dit heeft bovendien een (economische) impact op de betreffende sectoren. De voorbeelden van over en weer winkelen, uitgaan of vaccinaties halen zijn bekend. Daarom blijven we met de buurlanden informatie uitwisselen, waar nodig de aanpak afstemmen en waar mogelijk en in overleg met sectoren tot oplossingen komen. Het kabinet streeft ernaar om nog voor het najaar te kijken of er naast de bestaande overlegstructuren op speciale deeltterreinen additionele principe-afspraken moeten worden gemaakt met de buurlanden over overlegstructuren.

Door tijdige informatie-uitwisseling houden we in beeld hoe het virus om zich heen grijpt in onze buurlanden, signaleren we eventuele knelpunten ten gevolge van de epidemiologische situatie en getroffen maatregelen, en formuleren we waar nodig oplossingen om eventuele grensoverschrijdende problematiek zo veel mogelijk te voorkomen en te verhelpen. Uiteraard is het ook van belang om het virus in andere landen dan onze buurlanden te blijven monitoren en om tijdig informatie uit te wisselen. Er

zal verkend worden of het opportuun is om nieuwe overlegstructuren op te zetten met landen anders dan onze buurlanden.

3.4.3 Reisbeleid

De langetermijndoelstelling van het kabinet blijft om vrij reizen zoveel mogelijk te laten plaatsvinden zonder belemmeringen voor de reiziger, waarin het vrije verkeer binnen de EU gerespecteerd wordt en grenzen zoveel mogelijk open blijven, ook voor inreizen van buiten de EU. Dat geldt ook in een situatie waarin een nieuwe zorgwekkende variant opduikt. In dat scenario kunnen additionele maatregelen noodzakelijk zijn. Indien de epidemiologische situatie daar om vraagt, acht het kabinet het van belang dat maatregelen gericht, robuust en Europees gecoördineerd worden getroffen. Onderzoek¹⁹ laat immers zien dat het tijdig en in Europees verband instellen van maatregelen om nieuwe varianten te vertragen sterk bijdraagt aan de effectiviteit. Het Europees inreisverbod betreft een van de maatregelen die getroffen kan worden bij een «variant of concern» (VOC).

Het kabinet is van mening dat het Europees inreisverbod in zijn huidige vorm, zoals opgenomen in Europese Raadsaanbeveling 2020/912, niet proportioneel is ten opzichte van de verwachtingen over het verdere verloop van de pandemie. Het kabinet zet er op in om het Europees inreisverbod alleen in het leven te roepen wanneer een «variant of concern» (VOC) wordt gedetecteerd. In de sectorplannen die betrekking hebben op het (in)reizen wordt hier nadrukkelijk aandacht aan besteed.

Het kabinet zet daarom in op afschaffing van het inreisverbod, zoals dat in de huidige pandemische fase voor alle landen buiten EU/Schengen van toepassing is. Wel moet het mogelijk blijven een inreisverbod in te stellen voor die landen buiten de EU en het Schengengebied waar een zorgwekkende virusvariant wordt gedetecteerd. Hierbij is onder meer de epidemiologische situatie van het betreffende land bepalend. Zo vertragen we de introductie van nieuwe virusvarianten in Europees verband. De tijd die we winnen door de nieuwe variant te vertragen, kunnen we gebruiken om wetenschappelijke kennis op te doen van de eigenschappen van deze nieuwe variant, de toegankelijkheid van de zorg te beschermen door de druk op de zorgketen te spreiden, en om om nationaal en in afstemming met andere lidstaten gerichte maatregelen te treffen die de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit en vitaliteit waarborgen. Nederland is in gesprek met de Europese Commissie en lidstaten om voor deze inzet draagvlak te krijgen.

3.5 Quarantaine en isolatie

Quarantaine en isolatie zijn een essentieel onderdeel in de aanpak van het voorkomen van de verspreiding van het coronavirus. Op deze manier wordt de besmettingsketen doorbroken. Het opvolgen van de adviezen bestrijdt het coronavirus in de basis.

De epidemiologische situatie en de sociaal-maatschappelijke en economische effecten van de adviezen zijn hierbij van belang. Het kabinet weegt bij het al dan niet instellen van de adviezen mee dat de ziektelast bij hoge circulatie van het virus ook kan leiden tot sociaal-maatschappelijke en economische ontwrichting, ook als de belasting van de zorg niet hoog is. Het kabinet weegt tevens mee dat een streng isolatie- en quarantaine-advies leidt tot extra druk op de reeds zeer krappe arbeidsmarkt.

¹⁹ Regional importation and asymmetric within-country spread of SARS-CoV-2 variants of concern in the Netherlands – PubMed (nih.gov)

Het kabinet weegt continu de noodzaak en maatschappelijke impact van het isolatie- en quarantaineadvies af. Op dit moment geldt enkel een isolatieadvies. Bij een positieve testuitslag ga je minimaal 5 dagen en maximaal 10 dagen in isolatie, afhankelijk van de duur van de ziektesymptomen. Het OMT geeft aan dat het geheel laten vallen van het isolatieadvies pas tegen het einde van de transitiefase en naderen van de endemische fase verantwoord is.²⁰ Daar zijn we op dit moment (epidemiologisch) nog niet. Het RIVM adviseert over het moment van afschaffing en de specifieke adviezen die blijven gelden ten aanzien van contact met personen met een verhoogd risico op ernstig beloop bij een besmetting met COVID-19. Daarnaast kan het in instellingen waar veel kwetsbaren verblijven nodig zijn om isolatie te adviseren.

Per 19 april jl. geldt geen quarantaineadvies meer. Wel blijft het advies gelden om bij nauw contact met een besmet persoon kwetsbare personen te vermijden tot 10 dagen na het laatste nauwe contact. De epidemiologische situatie – bijvoorbeeld wanneer de epidemie zich bevindt in een Continue Strijd scenario of *Worst Case* scenario – kan aanleiding geven om het quarantaineadvies opnieuw in te stellen. Wanneer de epidemie zich bevindt in het Verkoudheidsscenario geldt geen quarantaineadvies.

3.6 Communicatie en gedrag

We bewegen met communicatie mee met het verloop van het virus, de ervaren urgentie en zorgen in de samenleving. Dat betekent dat we op dit moment communiceren over de herhaalprik en over de adviezen die er nog wel zijn (zoals isolatie, testen bij klachten en zorgen voor frisse lucht). Dat is belangrijk om eventuele verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen. We doen dit ook ter erkenning en ondersteuning van mensen met een kwetsbare gezondheid die nog altijd veel waarde hechten aan naleving van deze adviezen.

Ook communiceren we als overheid actief over de aanpak voor de langere termijn. De kernboodschap hierbij is: de overheid bereidt zich samen met sectoren voor op alle mogelijke scenario's. Ook geven we nadrukkelijk aandacht aan ieders eigen verantwoordelijkheid en wat mensen ook nu nog zelf kunnen doen om eventuele verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen.

Als er van mensen gevraagd wordt zich weer aan bepaalde maatregelen te gaan houden, vraagt dat wederom om een gedragsverandering. En gedrag is een zeer belangrijke succesfactor voor het beperken van het aantal besmettingen. Om zo goed mogelijk het publiek te bereiken, worden inzichten in gedrag en factoren die daarop van invloed zijn nauwlettend gevolgd. Bij de voorbereiding op alle mogelijke scenario's brengen we gedragsbepalers (zoals risicoperceptie en draagvlak) en andere variabelen (zoals de ernst van het virus) in kaart die van invloed zijn op de te volgen communicatiestrategie en aanpak. Hierbij maken we gebruik van inzichten uit communicatie- en gedragsonderzoeken.²¹

Voor de communicatie bij alle scenario's geldt dat we zowel gebruik zullen maken van massa-mediale middelen gericht op het algemeen publiek (bijvoorbeeld voorlichting via de bekende kanalen van de rijksoverheid en mediacampagnes) als acties gericht op specifieke doelgroepen. Deze laatste meer fijnmazige aanpak kan van groot belang zijn om ook deze specifieke doelgroepen goed te kunnen bereiken. De afgelopen jaren heeft

²⁰ Adviezen OMT en RIVM: Kamerstuk 25 295, nrs. 1818, 1822 en 1835, Kamerstukken 25 295 en 31 936, nr. 1841

²¹ Conform verzoek verwoord in de motie van het lid Paulusma et al

de overheid met de inzet van zowel massale als meer specifieke communicatiemiddelen ervaring opgedaan. De geleerde lessen kunnen we toepassen mocht de ontwikkeling van het virus daar na de zomer aanleiding toe geven. Bij eventuele publiekcampagnes zal de overheid – waar mogelijk en passend – ook richting het algemeen publiek het belang van mensen met een kwetsbare gezondheid benadrukken om zo begrip voor hun situatie te bevorderen.²² Communicatie zal ook samen met sectoren plaatsvinden.

4. De zorgketen geoptimaliseerd

Eén van de doelen van het coronabeleid ziet toe op de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Het is belangrijk dat de (reguliere) zorgketen goed kan blijven functioneren, ook bij een opleving van het virus. Daarom wordt getracht om de zorgketen te optimaliseren. Zoals eerder gemeld aan uw Kamer, zijn hiertoe een Expertteam COVID-zorg in de ziekenhuizen en een Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgmedewerkers opgericht. Zowel het expertteam als de taskforce hebben inmiddels hun eindadvies opgeleverd. In onderstaande paragrafen wordt ingegaan op de kabinetsreactie op deze adviezen. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan regie en sturing in de zorg, een onderwerp waarvoor ook de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) aandacht heeft gevraagd in zijn rapport. In paragraaf 4.3 wordt uitgelicht welke stappen gezet worden in de langdurige zorg, een sector waar de gevolgen van COVID-19 nog dagelijks merkbaar zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een opsomming van de acties die in gang zijn gezet voor de groepen mensen die extra hard getroffen zijn door de coronacrisis en de maatregelen tegen verspreiding van het virus: ouderen, jongeren, mantelzorgers, dorps- en buurthuizen. Tot slot wordt in paragraaf 4.5 ingegaan op langdurige klachten na COVID-19, waarbij het onderzoeksrapport «Behoeftes van post-COVID-patiënten», de regeling voor paramedische herstellzorg en de wetenschappelijke onderzoeken aan de orde komen.

4.1 Rapport expertteam «COVID-zorg in Ziekenhuizen»

Aanleiding

Op verzoek van de vorige Minister van VWS heeft een onafhankelijk expertteam «COVID-zorg in Ziekenhuizen» (hierna: expertteam) in beeld gebracht wat nodig is om de ziekenhuiszorg goed voorbereid te laten zijn op een eventuele nieuwe COVID-golf in het najaar van 2022.²³ Dit expertteam bestaat uit experts die ervaring hebben opgedaan in de afgelopen COVID-golven en experts die op grotere afstand stonden en de «blik van buiten» konden inbrengen. Het expertteam heeft zijn rapport Optimalisatie ziekenhuiszorg in tijden van COVID op 10 juni jl. aan de Minister van VWS en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport aangeboden. Uw Kamer heeft het rapport op 10 juni jl. ontvangen²⁴. Met deze brief geeft het kabinet haar reactie op dit rapport. Hiermee voldoet de Minister van VWS aan de toezegging uw Kamer te informeren over de uitkomsten van het advies, alsmede aan de toezegging aan het lid Den Haan om onderzoek te (laten) doen naar de inzet van PACU-capaciteit. Het kabinet beschrijft allereerst kort de aanpak van het expertteam en de belangrijkste kernpunten uit het rapport. Het kabinet geeft met deze brief een allereerste reactie en komt direct na het reces uitgebreider terug op een aantal onderliggende vraagstukken.

²² Conform verzoek verwoord in de motie van het lid Agema et al

²³ Kamerstuk 25 295, nr. 1673

²⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 1877

Het rapport

Het expertteam onderzocht wat nodig is om de reguliere en COVID-ziekenhuiszorg in het najaar/winter van 2022–2023 zoveel mogelijk door te laten gaan bij een nieuwe opleving van COVID. Het expertteam hanteert als uitgangspunt dat bij een volgende COVID-golf niet of nauwelijks extra personeel inzetbaar is. Daarom richt het advies zich op maatregelen waarmee met de bestaande personeelscapaciteit meer zorg geleverd kan worden. Zo wordt zorgprofessionals perspectief geboden bij oplopende druk op de zorg, zodat zij op een vitale manier duurzaam inzetbaar kunnen zijn.

Het expertteam presenteert een modulaire aanpak met maatregelen die, afhankelijk van het verloop van het virus, kunnen worden ingezet. Uitgangspunt hierbij zijn de LNAZ-opschalingsfasen. Hoewel het expertteam zich primair richtte op continuering van ziekenhuiszorg, worden oplossingen gezocht in de hele zorgketen: het beperken van de instroom, het bevorderen van de doorstroom en het vergroten van de uitstroom van patiënten in het ziekenhuis. Het gaat er om de cure en de care te verbinden.

Het expertteam heeft op basis van gesprekken met alle ROAZ-regio's en een internationale verkenning, bewezen initiatieven en innovaties geïnventariseerd. Naar het oordeel van het expertteam zal brede implementatie hiervan impact hebben op de gehele zorgketen. Het doel daarbij is een effectievere inzet van de bestaande capaciteit te realiseren. Sprekende voorbeelden daarvan zijn *zuurstof en/of monitoring thuis*, *regionale coördinatie van (COVID-)zorg*, *informatie-uitwisseling* en *taakdifferentiatie*. Deze maatregelen kunnen tijdens de verschillende fases van de crisis ingezet worden zodat de reguliere ziekenhuiszorg zoveel mogelijk door kan blijven gaan. Het expertteam acht het cruciaal dat implementatie zo snel mogelijk plaatsvindt.

Veel van deze initiatieven worden lokaal of regionaal al toegepast in Nederland, maar nog niet landelijk. Gelet op de verschillen tussen de ROAZ-regio's heeft het expertteam ruimte gelaten om regionaal een eigen invulling te geven aan maatregelen. Het rapport beschrijft daarnaast een aantal bewezen niet-succesvolle initiatieven die het expertteam dan ook afraadt, zoals het concentreren van COVID-zorg in een categoriaal COVID-ziekenhuis en het *top down* toewijzen van zorgpersoneel aan bepaalde afdelingen.

In aanvulling op deze modules adviseert het expertteam een aantal landelijke maatregelen, zoals het opnieuw beschikbaar stellen van extra Eerstelijnsverblijf (ELV)-bedden op landelijk niveau bij een nieuwe COVID-golf, het creëren van meer inzicht in de capaciteit en continuïteit van de keten en het koppelen van bestaande dashboards en het continueren van landelijke spreiding van COVID-patiënten.

Naast de modules en genoemde maatregelen wordt advies gegeven over een aantal randvoorwaarden ten aanzien van governance en financiën. Kernpunt in de governanceanalyse van het expertteam is dat het in ons stelsel ontbreekt aan de juiste centrale sturing en regie om wanneer de zorgcontinuïteit in het hele land onder druk staat, het maatschappelijk belang te laten prevaleren boven individuele belangen. Het expertteam adviseert de Minister van VWS om voorbereidingen te treffen om centrale sturing en regie mogelijk te maken, landelijke en regionale verantwoordelijkheden te formaliseren en te zorgen voor een goede informatiepositie en heldere werkwijze.

Met betrekking tot de financiën stelt het expertteam dat na twee jaar COVID, op- en afschalen voor COVID-zorg onderdeel moet zijn geworden van de reguliere bedrijfsvoering van zorgaanbieders en contractering door zorgverzekeraars. Alleen in geval van een pandemische crisissituatie zouden bijzondere landelijke afspraken gemaakt moeten worden. Het expertteam adviseert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hierover de komende tijd in gesprek te gaan, en daarbij ook oog te hebben voor voldoende capaciteit voor het leveren van zorg aan non-COVID-patiënten. Het streven zou moeten zijn om dit proces voor september af te ronden, zodat het inkoopseizoen kan starten zonder onduidelijkheid over financieringsafspraken. Het expertteam vraagt VWS om zich, in overleg met de Autoriteit Consument & Markt (ACM), uit te spreken over het non-concurrentiële karakter van landelijke financieringsafspraken en om over de financiering vanaf 2023 van de pandemische paraatheid voor de IC's helderheid te geven.

Om dit najaar effectief te kunnen zijn, dienen de aanbevelingen zo snel mogelijk in de praktijk te worden gebracht, zo stelt het expertteam. Het adviseert de Minister en het zorgveld, waaronder Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), ROAZ-en en de betrokken zorgaanbieders, deze adviezen met voorrang op te pakken. Het expertteam zegt ook ervan overtuigd te zijn dat als adviezen in alle regio's, zorgbreed, ten volle benut worden, er meer zorg kan worden geleverd met de huidige personele capaciteit. Daarbij merkt het expertteam wel op dat als het aantal zieke COVID-patiënten exponentieel stijgt, dit er nog steeds toe kan leiden dat de ziekenhuiscapaciteit volloopt. Het is onmogelijk om voldoende zorgcapaciteit te realiseren voor een exponentiële golf.

Beleidsreactie

De afgelopen twee jaar heeft de zorg, in de volle breedte, veel voor haar kiezen gekregen. Dat heeft veel gevraagd van alle mensen die met hart en ziel werkzaam zijn in de zorg. Het kabinet heeft daar veel respect voor. In eerdere COVID golven hebben het ROAZ en overkoepelend het LNAZ een belangrijke coördinerende en ondersteunende rol gepakt. Ook in het vervolg ziet het kabinet een belangrijke rol voor deze partijen weggelegd. Op dit moment is alles erop gericht de uitgestelde zorg zo snel mogelijk in te halen en de zorg tegelijkertijd verder voor te bereiden op een eventuele stijging van het aantal COVID-patiënten in het najaar.

Mede op basis van het advies van de Taskforce *Ondersteuning Optimale Inzet Zorgverleners* zet het Kabinet in op het vergroten van de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Het advies van de Taskforce en het expertteam versterken elkaar als het gaat om de flexibele beschikbaarheid van zorgcapaciteit, inclusief bemensing. Tegelijkertijd zal de beschikbaarheid en inzetbaarheid van personeel, net als in andere sectoren beperkt blijven.

Het expertteam adviseert bestaande personele capaciteit effectiever in te zetten door met flexibiliteit in te spelen op een eventuele oplopende druk bij een nieuwe COVID golf. Het kabinet onderschrijft dit uitgangspunt: de onvoorspelbaarheid van het virus heeft ons de afgelopen periode geleerd dat verschillende scenario's aan de orde kunnen zijn. Terecht wijst het rapport op het belang om daarbij oog te hebben voor de hele zorgketen, dus ook de huisartsen, verpleeghuizen en wijkverpleging.

Het rapport van het expertteam biedt belangrijke adviezen om hierop te anticiperen, waar het kabinet dan ook gevolg aan wil geven. Het kabinet onderscheidt daarin vier categorieën:

1. Tijdige inzet van de modules uit het rapport van het expertteam in het hele land: de Minister van VWS verzoekt het LNAZ en de ROAZ-voorzitters om de implementatie van deze initiatieven in hun regio te bevorderen, te ondersteunen en te monitoren. Daarbij bespreekt hij wat ze nodig hebben om deze rol richting de zorginstellingen te vervullen. De Minister van VWS roept de zorgverzekeraars en zorgkantoren op om deze beweging maximaal te accommoderen. De toezichthouders Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) leveren hier vanuit hun wettelijke toezichthoudende rol een bijdrage aan.
2. Meer en beter inzicht op de druk op de zorg en betere zorgcoördinatie: de Minister van VWS zet samen met betrokken partijen hard in op het versterken en verbreden van monitoring in de hele zorgketen, regionale en landelijke samenwerking en de continuering van patiënt spreiding.
3. Regie en sturing wettelijk geborgd: de Minister van VWS gaat voorbereidingen treffen om centrale sturing en regie wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren. Daarbij is het essentieel dat de gehele zorgketen goed is aangesloten.
4. Helderheid over afspraken en financiering van de instandhouding van de IC-opschaling en -beschikbaarheid in 2023: De Minister van VWS gaat met partijen in gesprek om afspraken te maken over de financiering van de instandhouding van de IC-opschaling en -beschikbaarheid in 2023.

1. Tijdige inzet van de modules uit het rapport van het expertteam in het hele land

Het is indrukwekkend hoe in de hele zorgketen de afgelopen twee jaar, midden in de COVID-pandemie en onder hoge druk, talrijke nieuwe initiatieven zijn ontwikkeld, die de capaciteit van de zorg hebben vergroot. Dit hebben we in de gehele zorgketen kunnen zien. Het expertteam presenteert op heel praktische wijze een overzicht aan modules die concreet inzetbaar zijn en bewezen bijdragen aan het optimaliseren van de zorgketen, het ontlasten van zorgpersoneel en zo het kunnen leveren van meer zorg met dezelfde personele capaciteit. Een goed voorbeeld waarvoor de Minister van VWS eerder herhaaldelijk aandacht heeft gevraagd is COVID-zorg thuis met telemonitoring en zuurstoftherapie. Inzet hiervan zorgt voor het voorkomen van ziekenhuisopnames en het verminderen van de ligduur van patiënten en maakt daarmee personeels-capaciteit vrij in het ziekenhuis voor andere patiënten. Ook met een slimmere inzet van personeel via taakdifferentiatie is meer zorg te leveren met dezelfde personele capaciteit. Voor COVID-patiënten voor wie het thuis niet langer gaat en/of voor wie ziekenhuiszorg niet (meer) aangewezen is, is in de Coronacrisis extra capaciteit gecreëerd. Dergelijke bedden (eerstelingsbedden en geriatrische revalidatiezorg) in met name verpleeg- en verzorgingshuizen zullen ook in een volgende fase of crisis opnieuw nodig zijn. De GGD-GHOR monitort de omvang en bezetting van deze capaciteit in het licht van het epidemiologische beeld. Deze initiatieven dragen er bovendien aan bij dat zorgprofessionals op een vitale manier duurzaam inzetbaar kunnen zijn.

Het kabinet hecht dan ook grote waarde aan brede implementatie van de door het expertteam aangedragen bewezen succesvolle initiatieven in het hele land. Dit dient met grote urgentie te worden uitgevoerd. De analyse van het expertteam van deze bewezen initiatieven acht het kabinet daarom zeer waardevol. Want een belangrijk deel van deze initiatieven is slechts op beperkte schaal toegepast en zoals het expertteam terecht stelt kan een brede implementatie een duidelijke impact hebben op de gehele

zorgketen. Het expertteam adviseert de Minister van VWS daartoe een rol te geven aan de ROAZ-voorzitters om de implementatie van deze initiatieven in hun regio te bevorderen, te ondersteunen en te monitoren en daarbij ruimte en middelen voor de ROAZ-voorzitters en het LNAZ beschikbaar te stellen. De Minister van VWS verzoekt het LNAZ en de ROAZ voorzitters om deze rol op zich te nemen. Daarbij verzoekt hij tevens, conform het advies van het expertteam, de ROAZ-voorzitters om voor hun regio een plan op te stellen gericht op het met voorrang implementeren van de door het expertteam geïnventariseerde initiatieven. De Minister van VWS is daarbij met hen in gesprek welke ondersteuning hierbij nodig is. Daarnaast roept hij de zorgverzekeraars en waar nodig zorgkantoren op om deze beweging maximaal te accommoderen. De toezichthouders NZa en IGJ leveren hier vanuit hun wettelijke toezicht houdende rol een bijdrage aan.

Om deze modules van de grond te krijgen is tijdig helderheid over de financiering nodig. Het kabinet is het met het expertteam eens dat het open afschalen van zorg onderdeel van de reguliere bedrijfsvoering en contractering moet zijn. COVID is de komende jaren nog onder ons en alle partijen in de zorg dienen zich hierop voor te bereiden. Het kabinet steunt het advies van het expertteam dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek gaan en afspraken maken. Zoals gezegd zal de Minister van VWS waar nodig ook de zorgkantoren hierbij betrekken. Waar nodig zal hij met partijen in gesprek gaan om dit te bevorderen.

Landelijke afspraken over financiering komen pas in beeld wanneer echt sprake is van een nieuwe pandemische crisissituatie. In reactie op het advies van het expertteam zal de Minister van VWS met de ACM in gesprek gaan om helderheid te geven over het non-concurrentiële karakter van eventuele landelijke financieringsafspraken in zo'n pandemische situatie. Over het beschikbaar stellen van extra ELV-bedden zal hij op landelijk niveau met GGD GHOR, ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in gesprek te gaan.

2. Meer en beter inzicht op de druk op de zorg en betere zorgcoördinatie

Het expertteam adviseert de continuering en de doorontwikkeling van het landelijk spreiden van patiënten en een bredere monitoring in de keten ten behoeve van een beter en breder inzicht in de capaciteit en continuïteit van de zorgketen. Het kabinet hecht daar grote waarde aan. In de afgelopen twee jaar hebben we gezien hoe de impact van het virus landelijk en in de tijd verschilt binnen de zorgketen. Een actueel ketenbreed inzicht in capaciteit en continuïteit is nodig om landelijk en regionaal de druk op de zorg te kunnen monitoren en tijdig in de juiste schakel van de keten te kunnen ingrijpen. Daarbij hoort ook bijvoorbeeld beter zicht hebben op druk van COVID op wijkverpleging en huisartsen. We kunnen alleen goede en passende (acute) zorg blijven bieden als we samenwerken binnen de acute zorg en de zorgverlening binnen de keten beter coördineren.

Daarnaast wil het kabinet dat alle ROAZ-regio's zijn aangesloten op het systeem voor capaciteitsinzicht, het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Daarnaast heeft de Minister van VWS, LNAZ, ZN, Ambulancezorg Nederland, InEen en Actiz gevraagd scenario's voor zorgcoördinatie uit te werken. Hij heeft hen daarbij inhoudelijke kaders meegegeven en zal de uitwerking van zorgcoördinatie financieel ondersteunen. Daarbij is inzicht in actuele en verwachte zorgcapaciteit en zorgvraag in de hele keten van belang. Hiermee ontstaat duidelijkheid over waar de patiënt terecht kan en de capaciteit in de keten zo goed mogelijk kan worden afgestemd op de te verwachten zorgvraag. De Minister van VWS werkt samen met de NZa

aan een structurele bekostiging van inzicht in actuele zorgcapaciteit en de functie van patiënten spreiding. Het Ministerie van VWS werkt momenteel samen met Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS), NZa en GGD-GHOR aan de beschikbaarheid van relevante data en de mogelijke aansluiting op het Coronadashboard. In de brief van de Minister van VWS over de acute zorg zal nader worden ingegaan op de implementatie van zorgcoördinatie en de brede, multidisciplinaire triage van acute zorgvragen. Deze brief volgt voor het zomerreces.

3. Regie en sturing wettelijk geborgd

Het expertteam sluit met zijn advies aan op de opschalingssystematiek van het LNAZ. Zoals reeds benoemd is het van groot belang dat regio's effectief samenwerken ten einde de druk op de zorg optimaal te verdelen. Het expertteam tekent daarbij aan dat wanneer de zorgcontinuïteit overal in het land in het geding is, centrale landelijke regie en sturing op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg noodzakelijk wordt. Zoals het expertteam in zijn rapport stelt, ontbreekt het in het huidige stelsel aan een dergelijke centrale sturings- en regiefunctie. Dit wordt ook gesignaleerd in het eerste deel van het onderzoek naar de COVID-19-pandemie van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV). De OvV beveelt daarbij aan de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instelling overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. Gelet op het advies van het expertteam op dit vlak treft de Minister van VWS voorbereidingen om centrale sturing en regie wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren. Hij beziet wat hier op korte termijn nodig is en koppelt dit ook nadrukkelijk aan wat er nodig is in het kader van pandemische paraatheid. Daarbij is het essentieel dat de gehele zorgketen goed is aangesloten. De zorg is immers als een waterbed, de druk verplaatst zich over de keten.

4. Helderheid over afspraken en financiering van de instandhouding van de IC-opstapeling en -beschikbaarheid in 2023

Het expertteam adviseert de Minister van VWS in zijn rapport om over de financiering vanaf 2023 van de pandemische paraatheid voor de IC's helderheid te geven. Het expertteam geeft geen inhoudelijk advies over de gewenste richting. Per 1 januari 2023 worden de crisismiddelen Rijksbreed beëindigd, dit geldt ook voor de Subsidieregeling opstapeling curatieve zorg COVID-19 (hierna: Subsidieregeling). Deze regeling is in een crisiscontext ontworpen, op het moment dat de reguliere bekostigingssystematiek niet kon voorzien in de vergoeding van tijdelijke extra kosten als gevolg van een sterke stijging van de behoefte aan IC-capaciteit vanwege COVID-19. De subsidieregeling eindigt van rechtswege per 1 januari 2023 en wordt niet verlengd.

Voor 2023 en verder is het uitgangspunt dat de financiering en levering van de zorg aan COVID-19 patiënten onderdeel wordt van de normale bedrijfsvoering van ziekenhuizen. Daarom is het integreren van COVID-zorg een belangrijk thema in de gesprekken over het reguliere zorginkoopproces in 2023 met zorgverzekeraars en zorgaanbieders; IC-capaciteit maakt hier onderdeel van uit. Die omschakeling vergt tijd. Terwijl we aankomende winter voorbereid moeten zijn om een groeiende zorgvraag op te vangen als gevolg van een mogelijke opleving van de COVID-pandemie. Het kabinet acht het daarom nodig ten behoeve van 2023 onder meer afspraken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders te maken over de financiering van de instandhouding van IC-opstapeling

beschikbaarheid. Daarbij wordt onder meer rekening gehouden met de lange termijn aanpak COVID van het kabinet uit de Kamerbrief van 1 april jl.²⁵

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zich op grond van hun zorgplicht maximaal inspannen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden (zoals vermeld in de brief van NZa aan ZN van 22 mei jl.) en daarbij zorg breed te kijken. Het kabinet werkt met onder meer zorgverzekeraars, zorgaanbieders en NZa toe naar afspraken over de financiering van de instandhouding van de IC-opstapeling en -beschikbaarheid in 2023. We onderzoeken hoe deze afspraken samen met betrokkenen concreet vormgegeven kunnen worden en welke middelen daarvoor nodig zijn. Daarbij nemen we de inzichten van de afgelopen twee jaar mee. Ook betrekken we daarbij de (nog te ontvangen) adviezen, zoals:

- het opstapelingsplan van NVIC en de NV&V over de IC-capaciteit najaar/winter 2022/2023,
- het advies van de taskforce Ondersteuning Optimale Inzet Zorgverleners en
- het advies van het expertteam.

We informeren de Kamer over de voortgang van de bovengenoemde afspraken. Daar nemen we, zoals gevraagd door het expertteam, de financiering vanaf 2023 van de pandemische paraatheid voor de IC's in mee.

Tot slot

In aanvulling op de adviezen van het expertteam acht het kabinet het voor het vervolg ook noodzakelijk om houvast te hebben aan concrete informatie over de beschikbare capaciteit. Op basis van de ervaringen die we hebben opgedaan de afgelopen twee jaar, de huidige stand van de zorg en de aanbevelingen van het expertteam wil het kabinet weten wat de (bandbreedte van de) beschikbare zorgcapaciteit is in het komend najaar op het gebied van IC, klinische ziekenhuisbedden, bedden buiten het ziekenhuis en thuismonitoring. Daarom gaat de Minister van VWS het LNAZ vragen om een actualisatie te maken van het opstapelingsplan, waarbij voor al deze aspecten het benodigde inzicht (en de onzekerheden daarbij) geleverd wordt.

Het kabinet spreekt zijn dank uit aan de leden van het expertteam voor al hun inspanningen de afgelopen periode om te komen tot dit waardevolle advies. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport en de Minister van VWS, het expertteam en alle andere betrokken partijen zetten vol in op het zo snel- en breed mogelijk implementeren van de voorgestelde acties. Daarnaast gaan we onverminderd voort op preventie en met het inzetten van slimme zorg en ondersteuning. Omdat voorkomen beter is dan genezen.

4.2 Kabinetsreactie op advies Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgmedewerkers

Op 12 april jl. heeft de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners haar advies voor de (middel)lange termijn aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en is het advies naar de Tweede Kamer verzonden.²⁶ Dit advies biedt ook handvatten voor maatregelen, die de Taskforce eerder heeft geadviseerd voor de korte termijn. Zoals de

²⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1834

²⁶ Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 637

Taskforce terecht stelt gaat het nu de goede kant op met de druk op de zorg als gevolg van COVID-19, maar kan de situatie er in de winter zomaar weer anders uitzien. De Taskforce is daarom gevraagd om concrete maatregelen te identificeren die op korte en (middel)lange termijn uitvoerbaar zijn en de optimale beschikbaarheid van zorgmedewerkers vergroten, alsmede deze behoefte verkleinen door bijvoorbeeld het werk anders te organiseren in crisistijd. Deze maatregelen hebben tot doel om de zorgcapaciteit – zowel in de ziekenhuizen als daarbuiten – te versterken in crisistijd.

Het advies van de Taskforce bestaat uit twee delen: enerzijds heeft de Taskforce de hoofdlijnen uitgewerkt van een crisisregeling, die bijdraagt aan een flexibele beschikbaarheid van zorgmedewerkers. Anderzijds heeft zij een aantal beleidsmatige verkenningen uitgevoerd naar anders leren en werken, met het doel om zoveel mogelijk zorgmedewerkers beschikbaar te krijgen en te behouden voor de zorg, ook in crisistijd. De voorgestelde maatregelen met betrekking tot de Wet BIG vallen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor de overige voorgestelde maatregelen, met betrekking tot de optimale inzet van zorgmedewerkers, geldt dat binnen het Ministerie van VWS de Minister voor Langdurige Zorg en Sport eerstverantwoordelijke is. Hieronder volgt de kabinetsreactie op het advies van de Taskforce.

1. Crisisregeling

Waarom en wanneer een crisisregeling?

De Taskforce stelt een crisisregeling voor de zorg voor, zodat in een zorgcrisis uitzonderingen niet opnieuw hoeven worden uitgedacht, er sneller opgeschaald kan worden en er vooraf duidelijkheid is over geldende regels rond inzet van personeel. Zo'n crisisregeling draagt bij aan flexibiliteit en reductie van administratieve lasten en door toespitsing op de zorgsector kunnen (kosten) efficiënter uitzonderingen worden gemaakt, in vergelijking met de situatie van de afgelopen twee jaar waarin sprake is van generieke uitzonderingen.

De door de Taskforce voorgestelde crisisregeling bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft een drietal versoepelingen van wet- en regelgeving:

- 1) de opschorting van de herregistratieplicht voor alle artikel 3-Wet BIG beroepsbeoefenaren;
- 2) continuering van het kader «Inzet voormalig zorgpersoneel» en;
- 3) het in crisistijd uitzonderen van zorgorganisaties van de btw-verplichting bij uitleen van personeel.

Het tweede deel van de geadviseerde crisisregeling is een op te richten fonds, of een andere passende financieringsbron, waarmee een gerichte bijdrage in de kosten kan worden gegeven aan de zorgsector in geval van een zorgcrisis.

Om te beslissen wanneer crisismaatregelen inwerking treden en/of wanneer maatregelen worden opgeschaald, is het essentieel om een crisis en bijhorende fases te definiëren. Momenteel zijn de opschalingsfases van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) van toepassing. Alle elementen van de crisisregeling zullen worden ingezet vanaf fase 2D. Immers, vanaf dat moment is er binnen de LNAZ-opshalingsfases sprake van landelijke regie en sturing. Over de besluitvormingsstructuur in het kader van centrale sturing en regie heeft het expertteam ook een advies uitgebracht, zie daarvoor het betreffende advies in de bijlage. Zoals beschreven in de beleidsreactie op dat advies gaat het kabinet voorbereidingen treffen om

centrale sturing en regie wettelijk te borgen en daarbij de landelijke en regionale verantwoordelijkheden te expliciteren. Indien dit tot wijzigingen leidt die relevant zijn voor de inwerkingtreding van de crisisregeling, zal de Minister van VWS de crisisregeling daarop laten aansluiten.

Opschorting herregistratieplicht artikel 3-Wet BIG beroepsbeoefenaren

Per 17 maart 2020 is door de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport de herregistratieplicht voor alle artikel 3-beroepsbeoefenaren opgeschort. De reden hiervoor was dat in de COVID-19-pandemie geen mensen in de zorgpraktijk konden worden gemist en daarbij was het onwenselijk zorgmedewerkers in de spaarzame vrije tijd die zij hadden te belasten met uitstelbare administratieve lasten. Voornoemde opschorting van de herregistratieplicht is van toepassing tot 1 januari 2023. Per die datum geldt de herregistratieplicht weer.²⁷ De Taskforce adviseert een dergelijke maatregel in tijden van crisis opnieuw op in te zetten. Het kabinet onderschrijft nut en noodzaak van het advies van de Taskforce en zorgt er tijdig voor dat deze maatregel in tijden van crisis kan worden ingezet. De maatregel zal in de tussentijd worden uitgewerkt in nauwe samenspraak met de uitvoeringsorganisatie van het BIG-register, het CIBG. De Minister van VWS informeert uw Kamer na de zomer over de stand van zaken.

Kader mogelijkheden inzet voormalig zorgpersoneel

In maart 2020 is met de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een kader²⁸ opgesteld om de praktijk te informeren over de mogelijkheden om voormalig verpleegkundigen en artsen (met een verlopen BIG-registratie van respectievelijk uiterlijk 1 januari 2016 en 1 januari 2018) in noodsituaties, waarin het niet mogelijk is de zorg op te dragen aan ter zake bekwame BIG-geregistreerde zorgverleners, voorbehouden handelingen te laten uitvoeren. De Taskforce heeft het kabinet in overweging gegeven ook deze maatregel te adresseren in de crisisregeling en de inhoudelijke eisen te vernieuwen waar nodig.

Het kabinet onderschrijft het belang van een duidelijk kader voor de inzet van voormalig zorgmedewerkers ten tijde van een crisis en wil daarvoor meerdere acties in gang zetten. Voordat het kabinet daar aan toekomt, hecht zij eraan dat dit aansluiting vindt bij het bredere arbeidsmarktbeleid, waarbij gestreefd wordt naar een werkdrukverlaging.

Allereerst is van belang dat het vraagstuk wie wanneer welke (voorbehouden) handelingen mag uitvoeren breder speelt. Zoals gemeld aan uw Kamer zijn ook in het kader van de verkenning naar de toekomstbestendigheid van de Wet BIG aanbevelingen gedaan die opvolging verdienen.²⁹ Het betreft onder meer de aanbeveling om betere voorlichting te geven over de mogelijkheden die de Wet BIG biedt voor opdrachtverlening in diverse sectoren van de zorg. Dit betreft de mogelijkheid dat een zelfstandig bevoegde zorgmedewerker aan een niet zelfstandig-bevoegde zorgmedewerker een opdracht kan geven een voorbehouden handeling

²⁷ Zie: Besluit van 9 maart 2022 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van het Besluit van 3 maart 2021, houdende wijziging van het Besluit periodieke registratie Wet BIG in verband met de opschortingen van doorhalingen uit de BIG-registers ten gevolge van COVID-19 (Stb. 2020, nr. 121)

²⁸ Kaders+en+voorwaarden+voor+inzet+artsen+en+verpleegkundigen+niet+praktiserend (1).pdf

²⁹ Kamerstuk 29 282, nr. 461.

uit te voeren, mits de laatstgenoemde daartoe bekwaam is. Door de onbekendheid met c.q. onduidelijkheid over de mogelijkheden van de opdrachtverleningsconstructie worden bestaande mogelijkheden hiertoe soms niet gebruikt. Om deze reden heeft de Minister van VWS het voornemen uitgesproken om een algemene communicatiecampagne toegespitst op doelgroepen vorm te gaan geven, zodat meer helderheid bestaat over de mogelijkheden die de Wet BIG biedt.

Aanvullend op die algemene communicatiecampagne gericht op de opdrachtverleningsconstructie zal overleg plaatsvinden met veldpartijen om te bezien welke aanpassingen het huidige kader «Inzet voormalig zorgpersoneel» behoeft om het in een eventuele toekomstige zorgcrisis opnieuw te kunnen gebruiken. Ook zal het kader worden verfijnd en zoveel mogelijk aansluiten op voornoemde algemene communicatiecampagne. De Minister van VWS informeert uw Kamer na de zomer over de stand van zaken van de ingezette acties.

Tot slot hecht de Minister van VWS eraan in dit kader op te merken dat het verloop van de COVID-19-pandemie een gunstig beeld laat zien, en daarmee de druk op in elk geval de crisiszorg iets afneemt. Ten aanzien van informatievoorziening zal daarmee ook per 1 augustus 2022 het kader niet meer als geldige informatiebron kunnen worden geraadpleegd. Mocht zich onverhoopt een nieuwe zorgcrisis voordoen die kan leiden tot noodsituaties, dan kan gebruik worden gemaakt van het geactualiseerde kader.

Uitzondering BTW-verplichting uitleen zorgmedewerkers

De Taskforce adviseert om in een crisissituatie (huidige opschalingsfase 2D) de uitzondering van op de BTW-verplichting bij uitleen te laten herleven, uitsluitend voor zorginstellingen. Het Kabinet onderschrijft de relevantie van dit advies en ziet ook dat er al veel mogelijk is binnen bestaande wet- en regelgeving. Wat betreft voorgestelde uitzondering van de BTW-verplichting voor uitleen van zorgmedewerkers geldt dat in een beleidsbesluit³⁰ is goedgekeurd dat het ter beschikking stellen van personeel in de gezondheidssector onder bepaalde voorwaarden buiten de btw-heffing kan blijven. Voor de periode van 16 maart 2020 tot 1 oktober 2021 is tijdelijk (onder voorwaarden) goedgekeurd dat de uitleen van zorgpersoneel buiten de heffing van btw blijft. Het voorstel van de Taskforce is een versoepeling van wet- en regelgeving om de goedkeuring in tijden van zorgcrises uitsluitend voor zorginstellingen te laten herleven. In reactie op dit voorstel geldt dat zorginstellingen (nog steeds) een beroep kunnen doen op de goedkeuring uit eerdergenoemd Beleidsbesluit. De eerdere tijdelijke goedkeuring betrof een buitenwettelijke maatregel. De btw wet- en regelgeving biedt geen ruimte om daarin vast te leggen dat een dergelijke goedkeuring herleeft in tijden van zorgcrises. Een dergelijke goedkeuring zou daarmee structureel van aard worden met als gevolg dat door Nederland Europeesrechtelijke verplichtingen niet worden nagekomen. Bij de invoering van de goedkeuring tijdens de coronacrisis leek een inbreukprocedure niet waarschijnlijk gelet op het tijdelijke karakter en de aard van de maatregel. Hiermee wil het kabinet niet uitsluiten dat als zich opnieuw een crisis voordoet en dit opportuun en noodzakelijk wordt geacht, hetzelfde wordt gehandeld als tijdens de vorige crisis, immers kan een crisistijd opnieuw vragen om onconventioneel beleid, daar wil het kabinet nu echter niet op vooruit lopen.

³⁰ Stcrt. 2018, nrs. 22809 en 68656

Compensatie 30% herzieningssituatie WW

De Taskforce geeft aan dat zorgwerkgevers in tijden van crisis nadelige gevolgen ondervinden van de 30%-herzieningssituatie. Deze situatie houdt in dat werkgevers de lage WW-premie met terugwerkende kracht moeten herzien in de hoge WW-premie als een werknemer met een vast contract meer dan 30% overwerkt. Een ongewenste situatie in tijden van crisis. Zorgwerkgevers worden opgeroepen om de herzieningssituatie zoveel mogelijk te voorkomen door te kijken naar de mogelijkheden om het aantal arbeidsuren in de arbeidsovereenkomst aan te passen. Daarnaast adviseert de Taskforce om zorgwerkgevers te compenseren voor de hogere WW-lasten als gevolg van de 30%-herzieningssituatie in tijden van crisis (huidige opschalingsfase 2D).

Het kabinet staat positief tegenover het advies van de Taskforce om een dergelijke maatregel enkel voor de zorgsector te bezien en is daarom voornemens om de zomer te benutten om een verkenning uit te voeren naar uitvoeringsvarianten die zowel praktisch uitvoerbaar als juridisch houdbaar zijn. Doel hiervan is om met het oog op een eventuele opleving van COVID-19 in dit najaar of de winter een uitvoeringsvariant gereed en uitgewerkt te hebben, opdat het kabinet deze variant snel kan betrekken in de (financiële) besluitvorming, mocht opschaling naar fase 2D dreigen.

In eerste instantie zal in deze verkenning gekeken worden naar de mogelijkheden in de uitvoering om de zorg uit te zonderen van de 30%-herzieningssituatie. Deze maatregel bleek in 2020 te bewerkelijk en ingewikkeld om in te voeren, maar gezien het belang van maximale inzet in crisistijd acht de Minister van VWS het noodzakelijk de maatregel wederom te onderzoeken.

Na de zomer zal het kabinet uw Kamer nader informeren over de uitkomst van deze verkenning.

Gedeeltelijke substantiële tegemoetkoming kosten calamiteitenregelingen

De Taskforce geeft aan dat de invulling van de behoeften van zorgmedewerkers tijdens zorgcrises een bredere invulling moet krijgen en adviseert de sociale partners om op korte termijn op sectoraal niveau tot calamiteitenregelingen te komen. Zodoende weten zorgmedewerkers zich beter ondersteund, wat kan leiden tot meer flexibiliteit en extra mogelijkheden om de roosters rond te krijgen. De Taskforce beveelt het kabinet aan om in crisistijd (huidige opschalingsfase 2D) te voorzien in een gedeeltelijke maar substantiële tegemoetkoming in de kosten van de calamiteitenregelingen die door de zorgaanbieders worden uitgewerkt.

Het kabinet deelt met de Taskforce dat het essentieel is dat werkgevers hun verantwoordelijkheid nemen om in samenspraak met zorgmedewerkers zelf tot maatregelen te komen waarmee stevig wordt ingezet op het ontzorgen van zorgmedewerkers in crisistijd. Hierbij deelt het kabinet eveneens de constatering van de Taskforce dat het van belang is dat er reeds in aanloop naar een crisissituatie duidelijkheid bestaat over de vergoeding van deze maatregelen, opdat zorgwerkgevers zich samen met zorgwerknemers goed kunnen gaan voorbereiden op een eventuele crisissituatie met duidelijkheid over de maatregelen die kunnen worden ingezet. Dit alles draagt eraan bij dat in een crisissituatie stevig wordt ingezet op ontzorgen van zorgmedewerkers, met als doel om de beschikbaarheid van zorgmedewerkers te vergroten en de continuïteit van zorg te waarborgen.

Het kabinet is van mening dat het in eerste aanleg aan zorginkopers en zorgaanbieders is om samen reeds vooruitlopend op een crisissituatie afspraken te maken over maatregelen die in aanmerking komen voor bekostiging. Tegelijkertijd leest het kabinet het advies van de Taskforce zo dat er zorgen zijn of dat voldoende van de grond komt in een eventuele crisissituatie.

De zomer wil het kabinet benutten om langs twee sporen verder te werken. In de eerste plaats zal het kabinet sociale partners verzoeken om vóór 1 september 2022 uit te werken welke maatregelen noodzakelijk zijn voor het ontzorgen van zorgmedewerkers. Met andere woorden: welke elementen zijn echt noodzakelijk in een calamiteitenregeling zoals gesuggereerd door de Taskforce, maar komen op dit moment om nader te benoemen redenen niet (goed) tot uitdrukking in afspraken tussen inkopers en zorgaanbieders. Het moet hierbij in elk geval gaan om maatregelen die aantoonbaar bijdragen aan de beschikbaarheid van zorgmedewerkers.

Met voornoemd inzicht kunnen inkopers in aanloop naar een eventuele crisissituatie tot goede afspraken komen met zorgaanbieders over welke elementen uit de calamiteitenregeling voor vergoeding in aanmerking komen, inclusief duidelijkheid vooraf over vergoeding van daarmee gemoeide kosten. Het kabinet benadrukt hierbij dat zij veel waarde hecht aan goede afspraken tussen inkopers en zorgaanbieders.

Het kabinet zal vervolgens bezien of de uitkomst van deze sporen noodzaakt tot tijdelijk centrale financiering en/of bijstelling van bestaande financiële afspraken vanuit de overheid bij een crisissituatie in het najaar of de winter van 2022/2023. Daarbij zal het kabinet een dergelijke regeling expliciet toetsen op uitvoerbaarheid en rechtmatigheid. Aangezien dit hooguit tijdelijk is, zal het kabinet dan tevens afspraken willen toevoegen over de wijze waarop deze overheidsinzet kan worden afgebouwd en onderdeel kan worden van de reguliere afspraken tussen zorginkopers en zorgaanbieders. Uw Kamer wordt hierover eveneens zo spoedig mogelijk na 1 september 2022 geïnformeerd.

2. Beleidsverkenningen

Stimuleren duale trajecten Verpleegkunde (mbo en hbo)

De Taskforce adviseert om duale trajecten beschikbaar te stellen voor derde- en vierdejaars mbo-V en hbo-V studenten die hiertoe gemotiveerd zijn. Door al in het aankomende collegejaar te starten met pilots kan reeds per de komende winter extra capaciteit voor de zorg beschikbaar komen. Het Kabinet ondersteunt dit advies van harte, onder meer vanwege de aansluiting met het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg», waarvan duaal opleiden een onderdeel is. De Ministeries van VWS en OCW zullen de Vereniging Hogescholen en de MBO-Raad vragen om, in overleg met Regio Plus, drie pilot regio's te benoemen waar per pilotregio de betreffende onderwijsinstellingen samen met zorginstellingen uit verschillende zorgsectoren en zorgmedewerkers en studenten een dergelijke hybride onderwijsvorm verder uitwerken. In de uitvoering van deze pilots vraagt het kabinet expliciet rekening te houden met de, al door de taskforce geformuleerde, uitdaging van het bewaken van de leeromgeving voor de student en de sterke voorkeur van studenten in ziekenhuizen stage te lopen. In het overleg met de Vereniging Hogescholen en de MBO Raad zal dan ook een advies voor spreading van de pilots over de verschillende branches meegenomen worden.

Bredere inzet opleiding Basis Acute Zorg (BAZ)

De Taskforce adviseert daarnaast om de modulaire opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) ruim aan te bieden en breder in te zetten door in de zomerperiode personen op te leiden die een initiële vooropleiding hebben, maar momenteel (gedeeltelijk) werkzaam zijn in een andere zorgbranche. Het kabinet deelt het advies om de opleiding BAZ ruim aan te bieden gezien de positieve ervaringen, groeiende instroom en bijdrage aan een flexibele inzet van medewerkers, ook in andere zorgbranches. Tot 1 juli kunnen zorginstellingen nog gebruik maken van de subsidieregeling opschaling IC-capaciteit voor bekostiging van de BAZ-opleiding. Het kabinet is voornemens om een nieuwe subsidieregeling op te zetten die het mogelijk maakt dat in elk geval in 2022 nog 800 studenten kunnen starten met de BAZ-opleiding. De subsidieregeling wordt deze zomer uitgewerkt en heeft als opzet om te voorzien in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen van € 25.000 euro per student die aantoonbaar de BAZ-opleiding heeft afgerond. Hiervoor zijn reeds financiële middelen beschikbaar. Het kabinet realiseert zich echter ook dat alleen financiering niet voldoende is. Zo is er ook extra begeleidingscapaciteit benodigd gedurende de opleiding, terwijl ook hier de personele krapte voelbaar is. Het kabinet roept zorginstellingen dan ook op om werk te maken van innovatieve vormen van stagebegeleiding, opdat meer zorgstudenten kunnen worden begeleid met minder druk op de algehele zorgcapaciteit.

Maatwerkprogramma tot Verpleegkundige voor OK-assistenten en anesthesiemedewerkers

Met het oog op een optimale flexibele inzet van zorgpersoneel binnen en buiten de acute, intensieve en operatieve as, adviseert de Taskforce een passend onderwijsprogramma tot verpleegkundige te ontwikkelen voor OK-assistenten (OA) en anesthesiemedewerkers (AM) die nu geen verpleegkundig diploma hebben. Het doel hierachter is dat de mogelijkheid wordt geboden deze groep op te leiden tot een verpleegkundig diploma, hetgeen het loopbaan- en carrièreperspectief vergroot. Het kabinet juicht dit advies toe. Immers, het maakt dat deze groep breder inzetbaar is wanneer zij dat willen en draagt daarmee bij aan het loopbaanperspectief en aan behoud van deze groep zorgmedewerkers voor de zorgsector, hetgeen ook onderdeel is van het bredere arbeidsmarktbeleid waar het leven lang ontwikkelen één van de pijlers is. Het kabinet hecht eraan dat het volgen van voornoemd onderwijs een eigen keuze is van de AM of OA. Het betreffende onderwijsprogramma dient in de ogen van het kabinet een extra mogelijke opleidingsroute te worden, ten opzichte van de reeds bestaande opleidingen rondom het beroep van AM en OA. Om dit onderwijsprogramma te bewerkstelligen, is geen wijziging nodig van wet- of regelgeving, zoals de Wet BIG. Wel stelt het Kabinet een werkgroep in waarin de betrokken Ministeries VWS en OCW de verkenning met veldpartijen faciliteren om de ontwikkeling van dit maatwerkonderwijs voortvarend ter hand te nemen. Binnen deze werkgroep is ook aandacht voor de vraag in hoeverre dit aanvullende opleidingsprogramma leidt tot een tijdelijk beperkte beschikbaarheid van deze doelgroepen.

Inzet wachttijdstudenten geneeskunde

Het kabinet ondersteunt het advies van de Taskforce om meer wachttijdstudenten geneeskunde in te zetten in de zorg. Belangrijke voorwaarden zijn dat de studenten een waardevolle invulling krijgen breder dan louter crisisinzet. Het kabinet ziet graag dat goede voorbeelden, zoals door de Taskforce genoemde voorbeeld «Schouder aan Schouder» waarbij de wachttijdstudenten geschoold worden tot een nieuwe functie «Klinisch

verpleegkundig ondersteuner (KVO)», worden uitgebreid naar andere ziekenhuizen en zo mogelijk ook andere sectoren. Wachtlijdstudenten moeten ook buiten het ziekenhuis kunnen worden ingezet en belangrijke voorwaarde is ook dat de studenten zeggenschap hebben en hun wensen kunnen inbrengen. Daarnaast adviseert de Taskforce om studenten in tijden van crisis in te zetten in de zorg als onderdeel van hun curriculum, mits dit geldt voor een afgebakende taak en voor een bepaalde tijd en goede begeleiding en coaching kan worden geboden. Het kabinet ondersteunt dit advies, onder meer vanwege de link met het bredere arbeidsmarktbeleid en het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg» en heeft ook gezien dat inzet van studenten extra capaciteit oplevert, zoals bij de GGD. Goed voorbeeld is het «Zorghotel Achterhoek» in Gaanderen, waar geëxperimenteerd is met de inzet van 3e en 4e jaars MBO-V studenten in opleiding. Deze groep studenten is aangeboden om het leren voort te zetten in de praktijk, waarbij de begeleiding door docenten uit het onderwijs werd verzorgd. Studenten konden zich door het praktijkleren, bekwamen in bepaalde handelingen en dit – door aanwezigheid van de docent – meteen laten vastleggen. De inzet van leerlingen en studenten in deze omstandigheden vraagt wel extra aandacht voor begeleiding en coaching, juist om te voorkomen dat ervaringen leiden tot verloop en vertrek uit de sector.

Innovatieve vormen van training en begeleiding

Het kabinet deelt het advies van de Taskforce om het aanbod en kennis over tools en toepassingen rondom innovatieve vormen van trainen en begeleiden centraal te bundelen op een toegankelijk platform voor de gehele sector. Voor het HBO is er een reeds een platform³¹ voor kennisdeling ontwikkeld met financiële ondersteuning vanuit OCW. Het Kabinet onderkent ook het belang van het advies om de opzet van centrale en/of regionale skills labs te verkennen. Op dit moment worden binnen de Nationale Zorgreserve, een initiatief ondersteund door VWS, al positieve ervaringen opgedaan. Het bredere vraagstuk van opschaling van succesvolle innovaties zal gezien worden binnen het programma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken», dat in de zomer van dit jaar naar de Kamer zal worden gestuurd. Relevant in dit kader is ook de VWS subsidieregeling 2022 voor het creëren van innovatie stages en begeleiding. In de huidige tijden van capaciteitskrapte is het des te belangrijker om begeleiding efficiënt en slim te organiseren en waar opportuun gebruik te maken van technologie en innovatie, die dit ondersteunen. De subsidieregeling is er voor tegemoetkoming in de kosten van projectleiding en het opzetten van innovatietrajecten.

4.3 Langdurige zorg

In de langdurige zorg zijn de gevolgen van COVID-19 nog dagelijks merkbaar. Hoewel het aantal locaties met een besmetting sterk is afgenomen moeten op de werkvloer nog altijd alle zeilen worden bijgezet om de zorg aan kwetsbare mensen te kunnen blijven leveren. De druk op medewerkers blijft onveranderd hoog.

Veldpartijen hebben geformuleerd hoe de sector goed voorbereid kan zijn in de toekomst en COVID-19 een plek kan krijgen in relatie tot het leven in instellingen

³¹ <https://www.surf.nl/samen-hbo-verpleegkunde>

voor langdurige zorg. Op 7 maart 2022 presenteerden twaalf organisaties (artsen/professionals, aanbieders, cliënten) hun «Stip op de horizon COVID-19 in de langdurige zorg – in alle geclusterde woonvormen in de ouderen- en gehandicaptenzorg»³². Uitgangspunt daarbij is de kwaliteit van leven en autonomie van bewoners.

In dit document zijn door deze partijen te nemen acties opgenomen op het gebied van preventie (zoals het verbeteren van de infectiepreventie) en voor het geval zich opnieuw uitbraken voordoen (tot geval van nood aan toe). Te denken valt aan acties als het regelmatig actualiseren van behandeladviezen en het omvormen van documenten voor bezoek en sociaal contact, tot een document dat voor alle virusuitbraken toepasbaar is en recht doet aan de diversiteit tussen cliënten, professionals en locaties.

Partijen hebben in het document ook vragen gesteld aan het kabinet, bijvoorbeeld ten aanzien van vaccinatiecampagnes, voorlichting, monitoring, financiering voor infectiepreventie en een betere aansluiting van de langdurige zorg bij de crisisstructuur. Het kabinet heeft waardering voor het plan zoals door de 12 partijen is opgesteld en inmiddels wordt uitgevoerd. Geconstateerd kan worden dat veel thema's die erin zijn opgenomen raakvlakken hebben met kabinetsvoornemens. Concreet gaat het hier bijvoorbeeld om de verbetering van infectiepreventie en de betere aansluiting op crisisstructuur. Daarnaast is het RIVM in overleg met de GGD'en en (o.a.) de partijen in de langdurige zorg over de uitvoering van nieuwe vaccinatierondes waarbij wordt geleerd van eerdere rondes en de ervaringen van de langdurige zorgpartijen daarbij.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport is in overleg met veldpartijen om gezamenlijk de acties uit de «Stip op de horizon» concreet te maken en te verbinden aan de kabinetsvoornemens, zoals ze onder meer zijn aangekondigd in de beleidsagenda pandemische paraatheid van half april jl. Over deze gezamenlijke aanpak zal uw Kamer na de zomer nader worden geïnformeerd.

4.4 Ouderen, jongeren, mantelzorgers, dorps- en buurthuizen

De coronacrisis en de maatregelen tegen verspreiding van het virus treft sommige (groepen) mensen extra hard. In de strategie op lange termijn houdt het kabinet hier rekening mee. In dit kader zijn verschillende acties in gang gezet.

De afgelopen weken zijn in het kader van de lange termijn aanpak verschillende gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van seniorenorganisaties en vertegenwoordigers van dorps- en buurthuizen.

In deze gesprekken hebben de seniorenorganisaties een aantal belangrijke noties gedeeld om in overweging te nemen voor de lange termijn aanpak. Eén van de belangrijkste noties is de manier waarop overheid en sectoren kijken naar de groep ouderen. In eerdere fases zijn ouderen per definitie benoemd als kwetsbare groep en dat doet geen recht aan de realiteit. Een ruime meerderheid van de ouderen is vitaal en die vitaliteit dient ook in communicatie, interventies en (mogelijke) maatregelen meegewogen te worden. Ook voor de separate sectoren kan juist de vitaliteit van deze groep een grote kans zijn in hun eigen plannen, denk bijvoorbeeld aan sportorganisaties.

³² https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Stipophorizonlangdurigezorgcovid7maart2022.pdf

De vertegenwoordigers van dorps- en buurthuizen (en vrijwilligersorganisaties) hebben geconstateerd dat de samenwerking met VWS ten tijde van de crisis goed is verlopen. Bij elke nieuwe fase van de crisis is op korte termijn in samenspraak een handreiking gemaakt op basis waarvan dorps- en buurthuizen open konden blijven, of activiteiten hebben kunnen blijven uitvoeren (met name voor de meer kwetsbare doelgroepen). De vertegenwoordigers van deze sector hebben aangegeven de komende maanden (samen met VWS) een handelingsperspectief te schetsen hoe dorps- en buurthuizen zo lang mogelijk open kunnen blijven en activiteiten kunnen blijven uitvoeren voor alle doelgroepen die gebruik maken van dorps- en buurthuizen. Dit handelingsperspectief zal ook besproken en afgestemd worden met de gemeenten en handhavingsinstanties. Tevens zal er extra aandacht zijn voor de professionaliteit van sociaal werkers en vrijwilligers om afwegingen te maken bij de inzet van mogelijke (collectieve) preventieve maatregelen en maatwerk bij een hoge prevalentie.

Mantelzorgers en vrijwilligers vangen veel op daar waar de professionele zorg nog niet in beeld is en/of de nodige zorg en ondersteuning (tijdelijk) niet volledig kan leveren en als aanvulling op de formele zorg (bijvoorbeeld het tegengaan van eenzaamheid, bieden van zingeving, lichte praktische ondersteuning). Deze informele zorg is onmisbaar, ook omdat het vaak als meer persoonlijk en meer in de nabijheid wordt ervaren. Het afnemen van vrijwillige inzet heeft direct impact op de samenleving en kracht in de wijk en van mensen met een zorgvraag. Om deze inzet vast te houden is waardering, communicatie, bescherming en soms een uitzondering voor deze groep nodig in de afwegingen en advisering van maatregelen. Continuïteit van zorg garanderen, betekent inclusief de informele zorg.

Jongeren (lees: kinderen, tieners en jongvolwassenen) zijn hard getroffen door lockdowns en beperkingen in hun mogelijkheden tot onderwijs, vrije tijdsactiviteiten en sociaal contact, en daarmee in hun ontwikkeling. Deze coronamaatregelen hebben voor jongeren een grotere negatieve impact gehad om de mentale gezondheid en hun ontwikkeling dan voor andere leeftijdsgroepen. Het gebrek aan fysieke ontmoetingen heeft geleid tot mentale klachten bij veel jongeren. De maatregelen, de invoering en de naleving daarvan, brachten spanningen met zich mee voor jongeren en hun gezin. Een deel van de jongeren ervaren nog altijd nadelige gevolgen van de coronacrisis, bijvoorbeeld op hun mentale gezondheid. Daarom streeft het kabinet ernaar om fysieke ontmoetingen voor jongeren mogelijk te houden bij eventuele oplevingen. Binnen de plannen van de sectoren onderwijs, cultuur en sport (zie het volgende hoofdstuk) is daarom gekeken op welke manier deze voorzieningen zoveel en zo veilig mogelijk open kunnen blijven. Uitgangspunt is dat slechts sprake zal zijn van een (gedeeltelijke) sluiting als we te maken hebben met een virus(variant) waarbij scholieren, studenten en personeel direct gevaar lopen. Daarnaast richt het sectorplan van de jeugdzorg zich op goede en veilige doorgang van hulp en ondersteuning aan kinderen en jongeren die dit nodig hebben.

Om mentale gezondheid in het algemeen, en van jongeren in het bijzonder, te verbeteren werkt de Staatssecretaris van VWS samen met zijn collega's van SZW en OCW aan een brede aanpak mentale gezondheid. Uw Kamer zal hier vóór de zomer over geïnformeerd worden.

4.5 Langdurige klachten na COVID-19

4.5.1 Behoeftes van mensen met langdurige klachten na COVID-19

Op 22 april jl. publiceerde Blauw Research in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoeksrapport³³. Dit rapport beschrijft diverse vormen van ondersteuning die het Ministerie van VWS kan bieden aan mensen met langdurige klachten na een COVID-19 besmetting (hierna: post-COVID). Het onderzoek wijst uit dat mensen met post-COVID behoefte hebben aan begrip, behandeling en ondersteuning. Het rapport beschrijft de implicaties van deze behoefte en adviseert deze te betrekken bij beleidsvoorbereiding en communicatie. Het voornaamste advies is het verbeteren van de toegang tot ondersteuning, zorg en behandeling. Er wordt gevraagd om meer biomedisch onderzoek en in communicatie-uitingen kan het Ministerie van VWS ruchtbaarheid geven aan nationale en internationale onderzoeksresultaten. Het rapport wordt besproken met betrokkenen, waarna ik besluit op welke punten ik mijn beleid en communicatie aanpas aan deze inzichten.

4.5.2 Verlenging regeling paramedische herstellzorg na COVID-19

In de brief aan uw Kamer van 20 mei jl.³⁴ heb ik u geïnformeerd over onderwerpen die verband houden met het beoogde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2023. Graag wil ik nogmaals onder de aandacht brengen dat ik de regeling voor paramedische herstellzorg voor mensen met COVID verleng tot 1 augustus 2023. Zo kunnen ook patiënten die in het najaar van 2021 besmet zijn geraakt met COVID-19 en belemmeringen ondervinden bij hun herstel, met een verwijzing van de huisarts of medisch specialist de komende periode aanspraak maken op deze regeling.

4.5.3 Wetenschappelijk onderzoek naar post-COVID

Net als de Gezondheidsraad³⁵ vind ik het belangrijk dat er meer bekend wordt over post-COVID onder (zorg)professionals, in de sociale omgeving en in de werksituatie van de patiënt. Daarom blijf ik het onderzoek naar post-COVID via het RIVM³⁶ en ZonMw faciliteren. Binnen het ZonMw-deelprogramma «COVID-19 aanhoudende klachten en nazorg» lopen op dit moment veertien onderzoeken³⁷. De onderzoeken bieden inzicht in de aard en omvang van aanhoudende klachten (oriënterend, biomedisch en psychologisch onderzoek), het herstelproces, direct implementeerbare kennis over effectieve behandelingen (revalidatie en interventie-onderzoek) en de organisatie van zorg(paden). Met de huidige inspanningen op het gebied van onderzoek, beleid en communicatie heb ik er vertrouwen in dat de komende periode de kennis zal toenemen en breder in de samenleving gehoor vindt, opdat de aandacht en zorg voor, en de ondersteuning en behandeling van mensen met post-COVID steeds beter wordt.

5. Sectorplannen: samen bijdragen aan een open samenleving

Het uitgangspunt van de langetermijnstrategie is een open samenleving. Hiervoor dragen de overheid, sectoren en burgers een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De overheid bereidt zich voor op een opleving van

³³ «Behoeftes van Post COVID-patiënten», Blauw Research (april, 2022)

³⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1146

³⁵ Advies Gezondheidsraad «Langdurige klachten na COVID-19»

³⁶ LongCOVID-onderzoek | RIVM

³⁷ Onderzoek naar aanhoudende klachten na een COVID-19 infectie, ZonMw

het virus, maar tegelijkertijd kan iedereen bijdragen aan het openhouden van de samenleving. Het kabinet is dan ook het gesprek aangegaan met sectoren om samen te werken aan een langetermijnaanpak van corona. In de brief aan uw Kamer van 1 april jl. heeft het kabinet deze sectorale aanpak aangekondigd.

Ondernemers en instellingen hebben de afgelopen twee jaar veel ervaring opgedaan met het omgaan met het coronavirus. Het kabinet vindt het belangrijk dat sectoren ook een deel van de verantwoordelijkheid dragen en wil de inzichten van sectoren gebruiken in de langetermijnstrategie. Er zijn veel overeenkomsten tussen verschillende sectoren, maar tegelijkertijd zijn er ook sectorspecifieke kenmerken. Sectoren vragen daarom logischerwijs om maatwerk waar mogelijk. Het kabinet heeft sectoren – waar veel mensen bij elkaar komen en die afgelopen jaren vaak met beperkingen te maken hebben gehad – daarom gevraagd na te denken over werkbare en niet-werkbare maatregelen in hun eigen sector. Specifiek is aan sectoren gevraagd plannen op te stellen op basis van de verschillende scenario's van het coronavirus, zoals onderscheiden door de WRR/KNAW. Hierbij vraagt het kabinet aan sectoren om aandacht te hebben voor preventieve maatregelen, werkbare interventie maatregelen die contacten veiliger maken bij een opleving van het virus en preferenties ten aanzien van contactbeperkende maatregelen indien deze nodig zijn. De sectorplannen kunnen daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de twee nevensgeschikte doelen die het kabinet aan het coronabeleid heeft gesteld: 1) sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit, en 2) toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Ook draagt de sectorale aanpak bij aan de voorspelbaarheid van en het creëren van draagvlak voor eventuele maatregelen.

Het kabinet is blij dat veel sectoren deze handschoenen hebben opgepakt en zich samen met het kabinet willen voorbereiden op een eventuele nieuwe opleving van het virus³⁸. Dit stelt sectoren in staat om werknemers, klanten, bezoekers en publiek een veiligere omgeving te bieden. Hiermee verminderen ondernemers en instellingen de verspreiding van het virus en in het verlengde daarvan de kans op uitval van personeel en helpen zij bij het openhouden van de samenleving. Het is dus ook in het belang van de sectoren zelf om zich met maatregelen voor te bereiden op scenario's waarin het virus oplaait.

Uit de voorstellen van sectoren blijkt dat veel sectoren preventieve maatregelen in de eerste scenario's in willen zetten. Onder preventieve maatregelen verstaan we maatregelen die genomen kunnen worden om de kans op verspreiding van het virus te verkleinen, zoals hygiëne- en schoonmaakprotocollen en ventilatie. Het kabinet benadrukt ten eerste het belang van preventieve maatregelen om virusverspreiding te voorkomen. Door het treffen van preventieve maatregelen, kunnen we het virus hopelijk op tijd voldoende remmen. Het kabinet blijft daarom de komende maanden in gesprek met sectoren om hen te ondersteunen bij het treffen van deze maatregelen, in voorbereiding op een eventuele opleving van het virus. Het staat sectoren vanzelfsprekend vrij om preventieve maatregelen te treffen zodra zij daar aanleiding voor zien. Bij

³⁸ De volgende sectoren hebben met voorstellen gereageerd op de oproep om met een sectorplan te komen: funderend onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs, culturele en creatieve sector, kinderopvang, langdurige zorg, jeugdzorg, sport, evenementensector, retail, recreatieve dienstverlening, contactberoepen, reisbranche, OV, goederenvervoer, besloten busvervoer, taxi, rij scholen, rijlessen en rijexamens, luchtvaart, kleine luchtvaart, zeilende binnenvaart, riviercruises, zee cruises en ferry's. De gesprekken met de horeca- en landbouwsector lopen.

preventieve maatregelen gaat het bij uitstek om maatregelen waarin het eigen initiatief van sectoren en van de bredere maatschappij centraal staat.

Bij een hevige opleving van het virus zal het kabinet naast preventiemaatregelen, ook moeten inzetten op interventie maatregelen. Onder interventie maatregelen worden maatregelen verstaan die helpen onderlinge contacten tussen personen veiliger te maken. Sectoren noemen een registratie en gezondheidscheck van bezoekers vaak als werkbare interventie maatregel. Ook kuch- en spatschermen, placering, looproutes, werken op afspraak en 1,5 meter afstand zijn voor sectoren werkbaar. Sectoren vinden de beperking van openingstijden minder werkbaar; ruime openingstijden zijn bijvoorbeeld voor winkels van belang om de drukte over de dag te kunnen spreiden. Ook wordt het coronatoegangsbewijs (ctb) door sommige sectoren in uitzonderlijke situaties als werkbare maatregel genoemd. Het kabinet blijft hierover in gesprek met de sectoren en zal de juridische grondslag van het ctb onderzoeken. Ook geven sectoren aan dat sluiting averechtse gevolgen kan hebben, omdat de kans op ondermijning van de maatregelen toeneemt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan mensen die gebruik maakten van een «thuiskeeper» tijdens de afgelopen lockdown of illegale feesten bezochten toen de horeca en evenementensector beperkingen kenden.

Daarnaast stellen de sectoren vragen en geven ze aandachtspunten mee in de sectorplannen. Zo vragen de sectoren inzicht in de interventiesystematiek, inzicht in de effectiviteit van maatregelen, duidelijke en tijdige overheidscommunicatie over adviezen en maatregelen, en duidelijkheid over steun c.q. compensatie bij vergaande interventie maatregelen die grote financiële gevolgen hebben voor sectoren. Internationaal opererende sectoren wijzen erop dat het virus zich niet aan landsgrenzen houdt. Internationale coördinatie en heldere afstemming binnen de EU over maatregelen is daarom een aandachtspunt. Tot slot vragen sectoren om een gelijke behandeling bij vergelijkbare situaties of activiteiten.

Over deze vragen en aandachtspunten is het kabinet in gesprek met de sectoren. Daarbij zullen we moeten accepteren dat er onzekerheden blijven bestaan en dat keuzes over precieze maatregelen afhankelijk zijn van de omstandigheden van dat moment. Denk hierbij aan de variant van het virus die rondgaat, de mate van immuniteit, de druk op de zorg, in welke groepen het virus vooral rondgaat en waar interventies het effectiefst zijn.

5.1 Vervolgstappen sectorplannen

De komende maanden blijft het kabinet in gesprek met de sectoren om de sectorplannen verder vorm te geven³⁹. Deze samenwerking met sectoren draagt bij aan het draagvlak en biedt meer voorspelbaarheid als er maatregelen getroffen moeten worden. De uitgewerkte sectorplannen staan, mits deze voldoende solide zijn, aan de basis van te nemen maatregelen bij een eventuele nieuwe opleving van het coronavirus. Alleen bij zwaarwegende redenen zal van de sectorplannen worden afgeweken: als er sprake is van een zwart scenario, kunnen verdergaande maatregelen onvermijdelijk zijn.

Concreet worden er maatregelenladders per sector gemaakt, met een oploop van minder ingrijpende naar zwaardere maatregelen. Bij een nieuwe opleving van het virus staan deze uitgewerkte maatregelen-

³⁹ Gezien het nieuwe schooljaar dat in september begint, kennen de (semi)publieke sectoren onderwijs en kinderopvang een ander tijdsplan dan de andere sectoren.

ladders, mits voldoende solide, aan de basis van het coronabeleid. Het kabinet zal, in samenwerking met de sectoren, toewerken naar solide sectorplannen. Alle sectorplannen bij elkaar moeten uiteindelijk epidemiologisch voldoende effectief zijn om de verspreiding van het virus voldoende te remmen. Om dit te wegen zullen o.a. de generieke aandachtspunten die het RIVM heeft aangeleverd naast de plannen worden gelegd. De aandachtspunten betreffen hygiënemaatregelen en reiniging, ventilatie, omgang met werknemers en bezoekers met klachten, omgang met personen die vallen binnen de risicogroepen, persoonlijke beschermingsmiddelen als aanvulling op de basismaatregelen, omgang met besmettingen op de werkvloer, afstand houden, doorstroming en bezetting en communicatie over maatregelen en adviezen.

Tot slot vraagt het kabinet in de verdere uitwerking van de sectorplannen expliciet aandacht voor een aantal dwarsdoorsnijdende thema's. Zo vraagt het kabinet om aandacht voor de positie van mensen met een kwetsbare gezondheid. Sectoren weten zelf wat het beste werkt om hun klanten en medewerkers met een kwetsbare gezondheid te blijven verwelkomen en het kabinet denkt hierin met hen mee⁴⁰. Ook aandacht voor gedrag en communicatie is van belang. Het kabinet ontwikkelt daarom een toolbox, die op rijksoverheid.nl geplaatst zal worden, waarin op belangrijke terugkerende thema's in de sectorplannen (zoals hygiëne-adviezen en afstand houden), gedrags- en communicatie inzichten en communicatiemiddelen met de sectoren gedeeld worden. Daarnaast onderzoekt het kabinet hoe zij werknemers het beste kan betrekken in de sectorplannen en wordt er bij de sectorale plannen rekening gehouden met de uitvoering en handhaafbaarheid.

In september wordt uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van het traject sectorale plannen, waarin het kabinet de specifieke maatregelenladders zal presenteren.

5.1.1 Ventilatie: belangrijke preventiemaatregel

Frisse buitenlucht is belangrijk voor de gezondheid. Goed ventileren zorgt voor een betere luchtkwaliteit en beperkt de overdracht van respiratoire virussen zoals SARS-CoV-2. Met het opnemen van «zorg voor voldoende frisse lucht» als basismaatregel is ventileren thuis in de publiekscampagne «Alleen Samen» onder de aandacht gebracht. Ook voor publieke plaatsen is het van belang dat gebouwbeheerders en gebouw eigenaren ervoor zorgen dat de ventilatie op orde is. Aerogene transmissie (besmetting via de lucht over langere afstand) kan plaatsvinden in onvoldoende geventileerde ruimtes. In de Kamerbrief van 1 april jl. is aangegeven dat het belang van goed ventileren en het maken van afspraken daarover betrokken zal worden bij de sectorgesprekken die gevoerd worden.

Uitgangspunt voor de sectorafspraken is dat de meeste toegevoegde waarde te realiseren is door ervoor te zorgen dat bestaande installaties goed worden gebruikt, afgesteld en onderhouden. De minimale ventilatie-eisen uit het Bouwbesluit en de geldende landelijke (arbo)richtlijnen voldoen, ook in hoog risico settings zoals verpleeghuizen. De grootste risicoreductie zit tussen wel en niet ventileren. Meer ventilatie is weliswaar beter, maar het risico op besmetting kan niet volledig weggeventileerd worden. CO₂-meting kan gebruikt worden als indicator om te bepalen of ruimtes voldoende geventileerd worden. Specifiek voor de horeca bekijkt het Ministerie van BZK of de ventilatie-eisen voor horeca uit

⁴⁰ Conform motie Kamerstuk 25 295, nr. 1854 van het lid Paulusma c.s. over expliciet aandacht voor kwetsbaren in de langetermijnstrategie COVID-19.

de Twm, waar die hoger waren dan de eisen uit het Bouwbesluit, overgenomen kunnen worden in het Bouwbesluit.

Ten aanzien van luchtreinigers geldt dat deze ventilatie niet kunnen vervangen en het is nog onbekend of zij een meerwaarde hebben in het voorkomen of verminderen van de overdracht van het coronavirus op plekken waar al voldoende wordt geventileerd. Er lopen diverse onderzoeken naar de rol die luchtreiniging kan spelen ter aanvulling op ventilatie. De nadruk moet in eerste instantie liggen op het juiste gebruik van aanwezige ventilatiesystemen. Ter ondersteuning van de sectorafspraken wordt met VNO-NCW de voorlichting aan sectoren versterkt, o.a. met een webinar dat zij in samenwerking met VWS organiseren.

Aan sectoren is meegegeven om in ieder geval afspraken te maken over de aandacht voor ventilatie in hoogrisico situaties/locaties en de controle op het juiste gebruik van bestaande systemen. Daarbij kan het monitoren van luchtkwaliteit met CO₂-meting van toegevoegde waarde zijn. Voor sectoren is het belangrijk om daarbij ondersteuning te organiseren zoals dat in het Onderwijs is gebeurd via RuimteOK. Voor het bieden van ondersteuning bij vragen kunnen sectoren en brancheorganisaties gebruik maken van de website «Ventileren zo gedaan».⁴¹

Uit de sectorgesprekken die tot nog toe gevoerd zijn komt naar voren dat ventilatie een onderdeel uitmaakt van de preventieplannen. Wel leeft in een aantal sectoren de vraag of de huidige acties volstaan of dat extra inspanningen nodig zijn. Aangaande het laatste punt lopen er momenteel meerdere onderzoeken (zie voor meer informatie hierover de verzamelbrief COVID-19).⁴² Resultaten hiervan zullen met sectoren besproken worden en het thema ventilatie zal inzet blijven van gesprekken tussen de verschillende ministeries en de sectoren.

Speciale aandacht voor ventilatie is er in de onderwijssector, waar in samenwerking met Ruimte-OK⁴³ extra ingezet wordt op communicatie. Ter verbetering van de situatie bij de meest urgente gevallen waar bestaande systemen tekortschieten wordt op korte termijn een maatwerkregeling gepubliceerd. Het streven is om deze zomer de regeling open te zetten zodat scholen spoedig aan de slag kunnen gaan met het aanpakken van de ventilatieproblematiek.

5.1.2 Lokaal perspectief

Het expertiseteam COVID-19 van de VNG heeft vanuit lokaal perspectief een lange termijnstrategie opgesteld. Het rapport *Voorbij de crisis in coronatijd* behandelt drie hoofdvragen⁴⁴. De eerste vraag is: wat zijn de gevolgen van de coronacrisis en wat vragen die gevolgen van de lokale overheid? De tweede vraag is: hoe kunnen we ons aanpassen en voorbereiden op de ontwikkeling van het virus zodat de samenleving zoveel als mogelijk open kan blijven? Tot slot gaat het rapport in op de vraag hoe om te gaan met verloren vertrouwen.

Het hoofddoel van de lange termijnstrategie is een samenleving die onder zo veel mogelijk omstandigheden open kan blijven. Dit hoofddoel is in lijn met het uitgangspunt van het Rijk. Het expertiseteam heeft zes principes geformuleerd om voorbereid te zijn op het onverwachte. Allereerst vraagt de nieuwe situatie om robuustheid: werk aan buffers en alternatieve

⁴¹ De 5 basistips om te ventileren – Ventileren zo gedaan

⁴² Kamerstuk 25 295, nr. 1869

⁴³ Homepage | Ruimte-OK

⁴⁴ <https://vng.nl/artikelen/corona-aanpak-vraagt-investering-in-buffers-en-opties>

opties. Ten tweede moet de strategie eerder gericht zijn op een goed werkend systeem als geheel, dan op een «puntolossing». Een belangrijk kenmerk van een goed werkend systeem is veerkracht. Het derde principe is daarom gericht op het versterken van de veerkracht van de samenleving. Het vierde principe is gericht op het vermaatschappelijken van opgaven: deel het eigenaarschap van de aanpak en begin bij de beleving van bewoners, ondernemers en maatschappelijke organisaties. Het vijfde principe wijst op het belang om meervoudig te kijken naar opgaven en het organiseren van tegenspraak. Ten slotte maak het belang van een evenwichtige benadering waarin verschillende maatschappelijke perspectieven een rol spelen, het wenselijk om te waken voor de «crisis-lokroep».

Het kabinet dankt het expertiseteam van de VNG voor de aangereikte perspectieven. Het rapport helpt gemeenten om zich voor te bereiden op de verschillende scenario's. De perspectieven sluiten aan op de lange termijn strategie van het Rijk. Het eerste perspectief – het werken aan buffers – sluit bijvoorbeeld aan op de opschalingscapaciteit ten aanzien van testen en vaccineren. Het vierde principe – het vermaatschappelijken van de opgaven – is in lijn met de sectorale aanpak. Het vijfde principe – het meervoudig kijken – is tenslotte in lijn met de oprichting van het MIT naast het OMT.

6. Beschikbaar juridisch instrumentarium

De Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is op 20 mei 2022 komen te vervallen. Er is daardoor momenteel geen wettelijke grondslag beschikbaar om collectieve, verplichtende maatregelen te treffen ter bestrijding van COVID-19. Zoals aangekondigd in de brief aan uw Kamer van 4 mei 2022 wordt gewerkt aan een aanpassing van de Wet publieke gezondheid.⁴⁵ In de eerste tranche van deze aanpassing wordt een structurele grondslag gecreëerd voor collectieve, verplichtende maatregelen voor infectieziektebestrijding van A-ziekten in het algemeen (waaronder COVID-19). Daarbij worden lessen getrokken uit de afgelopen twee jaar en worden de inzichten die zijn opgedaan uit expertsessies betrokken. Beoogd wordt om grondslagen te creëren voor het nemen van maatregelen in verband met:

1. Veilige afstand;
2. Openstelling publieke plaatsen;
3. Evenementen;
4. Hygiënemaatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen;
5. Zorgplicht besloten plaatsen, publieke plaatsen, zorgaanbieders en zorglocaties;
6. Personenvervoer (bedrijfsmatig en niet- bedrijfsmatig); en
7. Quarantaine inreizigers.

In de hiervoor genoemde brief van 4 mei 2022 is nader ingegaan op deze grondslagen en op de democratische inbedding van de maatregelen. Hiermee kunnen eventueel voorgestelde maatregelen uit de sectorplannen gerealiseerd worden. De eerste tranche aanpassing van de Wpg voorziet niet in de mogelijkheid om een coronatoegangsbewijs voor te schrijven voor bepaalde locaties om de verspreiding van het virus te remmen. Hoewel het coronatoegangsbewijs van belang kan zijn bij het tegengaan van besmettingen met COVID-19, is niet op voorhand duidelijk of dit ook geldt voor toekomstige epidemieën. Aangezien de eerste tranche aanpassing van de Wpg is gericht op het creëren van structurele grondslagen voor maatregelen voor de bestrijding van epidemieën in het algemeen, is het coronatoegangsbewijs hierin niet opgenomen. Het

⁴⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 1839

kabinet blijft de komende tijd met sectoren in gesprek om te bezien of het coronatoegangsbewijs in bepaalde omstandigheden een gewenste maatregel kan zijn. Zoals in paragraaf 5 toegelicht, is in sommige sectorplannen aangegeven dat inzet van het coronatoegangsbewijs in uitzonderlijke situaties een werkbare maatregel kan zijn. In het verlengde daarvan wordt bezien of hiervoor een aanvullende wettelijke grondslag gecreëerd zou kunnen worden.

Slot

Het is aannemelijk dat we in de nabije toekomst weer te maken krijgen met een opleving van het virus, ondanks dat dit met de zomer voor de deur en de afwezigheid van beperkende maatregelen voor veel mensen nu misschien moeilijk voorstelbaar is. Het is van belang dat we juist nú, in de relatieve rust die de epidemie ons geeft, maximaal inzetten op preventie én ons voorbereiden op ernstigere scenario's. Daar dragen we met zijn allen aan bij, zoals geschetst in voorliggende brief: zo zet de overheid bijvoorbeeld in op snel op te schalen vaccinatie- en testmogelijkheden, en – samen met de zorgsector – op optimalisering van de zorgketen, werken sectoren stevige (preventieve) plannen uit, en wordt aan ieder individu gevraagd de basisadviezen op te blijven volgen en rekening te blijven houden met mensen die zich zorgen maken om hun gezondheid.

Op die manier staat Nederland klaar om een volgende opleving van het virus met zo min mogelijk sociaal-maatschappelijke en economische schade door te komen – waaronder het voorkomen van grootschalig verzuim en uitval van medewerkers- én om de continuïteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen zoveel als mogelijk te blijven garanderen. Een zorgvuldige voorbereiding vergt tijd. Daarom blijft het kabinet in gesprek met sectoren over de nadere uitwerking van de sectorale aanpak. Het kabinet informeert uw Kamer hier voor het najaar over.

Tot slot werkt het kabinet met het oog op de toekomst ondertussen ook aan een versterkte pandemische paraatheid. Hierover heeft de Minister van VWS u onlangs de beleidsagenda toegestuurd met de eerste lijnen voor een handelingsperspectief op een versterkte pandemische paraatheid van de zorg en infectieziektebestrijding.⁴⁶

De agenda is gericht op de voorbereiding op een toekomstige pandemie, maar kan niet los worden gezien van de lessen die we nu trekken en de instrumenten en infrastructuur die zijn aangepast en opgebouwd tijdens de COVID-19-pandemie. Komend najaar zal de Minister van VWS uw Kamer informeren over de verdere uitwerking hiervan in een beleidsprogramma.

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

De Minister van Economische Zaken en Klimaat,
M.A.M. Adriaansens

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
C.E.G. van Gennip

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1836.