

Vergaderjaar 2021–2022

35 766

Initiatiefnota van de leden Agema en Wilders over «Zorg van Nationaal Belang. Een direct einde aan een deel van de marktwerking. En een zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag»

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN NOTAOVERLEG

Vastgesteld 25 april 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 11 april 2022 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport, en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de initiatiefnota van de leden Agema en Wilders: «Zorg van Nationaal Belang. Een direct einde aan een deel van de marktwerking. En een zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag» (Kamerstuk 35 766);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 september 2021 inzake reactie op de initiatiefnota van de leden Agema en Wilders: «Zorg van Nationaal Belang. Een direct einde aan een deel van de marktwerking. En een zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag» (Kamerstuk 35 766, nr. 3).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Kuiken, Maeijer, Paulusma, Smals en Van Wijngaarden,

en mevrouw Helder, Minister voor Langdurige Zorg en Sport, en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.30 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal. Wij zijn bij elkaar met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het notaoverleg over de initiatiefnota van de leden Agema en Wilders «Zorg van Nationaal Belang. Een direct einde aan een deel van de marktwerking. En een zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag». Van harte welkom aan Minister Helder en Minister Kuipers. Natuurlijk ook van harte welkom aan collega Agema, zeker omdat het altijd bijzonder is als iemand een notaoverleg initieert, want daar zit veel werk in. Dus van harte welkom. Ook van harte welkom aan mijn collega's aan de linkerkant: mevrouw Maeijer namens de PVV, mevrouw Van den Berg namens het CDA en mevrouw Paulusma namens D66. Laten we snel van start gaan. Ik geef graag het woord aan mevrouw Maeijer.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst dank aan mevrouw Agema en natuurlijk aan de heer Wilders voor deze initiatiefnota. Sinds de coronacrisis staat de acute zorg meer dan ooit in de belangstelling. Ik denk dat we allemaal wel inzien dat er verbeterpunten zijn ten aanzien van de coördinatie, de samenwerking en de capaciteit als het gaat om een crisis in de acute zorgketen. Deze nota trekt dat breder dan alleen een pandemie. Er kan immers ook een ramp van andere aard zich voordoen. Denk bijvoorbeeld aan een grootschalige stroomuitval, een overstroming, drinkwaterverontreiniging, luchtvervuiling of een terroristische aanslag op meerdere plaatsen in het land. Dit plan is erop gericht ervoor te zorgen dat de reguliere zorg zo lang mogelijk door kan gaan, zonder afschaling van zorg voor patiënten die bijvoorbeeld geen corona hebben, maar wel acuut ziekenhuiszorg nodig hebben.

Voorzitter. In onze nationale crisisstructuur ligt het mandaat bij het crisisteam van het Ministerie van Justitie en Veiligheid en de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid. Op papier is het dan zo geregeld dat de zorgverlening bij een nationale ramp onder de Minister van VWS valt, maar dat is niet zo soepel gegaan als wij hadden gedacht. De regie ontbrak bij het aansturen van de gemeentelijke gezondheidsdiensten, de geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio, de veiligheidsregio's, de ziekenhuizen, de particuliere aanbieders, de inkoop en de verdeling van beschermingsmiddelen, de testmaterialen en de inzet voor ondersteuning van personeel. Daarmee is kostbare tijd verloren gegaan, en misschien wel levens of kwaliteit van levens.

Wat daarin ook meespeelde, waren de financiën. Wie gaat wat betalen en wie beslist dat? Daarom was er eerst terughoudendheid bij het overnemen van elkaars patiënten, bij het beschikbaar stellen van resources en bij het delen van informatie. Dat is een logisch gevolg van onze zorgstructuur, die immers uitgaat van marktwerking en concurrerende instellingen. Zo zag je dat sommige ziekenhuizen gelijk grote voorraden beschermingsmiddelen veiligstelden voor zichzelf, maar die niet deelden met instellingen die tekorten hadden.

Voorzitter. Hier moeten we van leren. Wat mijn fractie betreft gooien we de marktwerking overboord bij cruciale onderdelen van de acute

zorgketen, te weten de spoedeisendehulpdiensten, de intensive cares en de persoonlijke beschermingsmiddelen. De ambulancedienst hoort daar ook bij, maar die is al buiten de marktwerking geplaatst en sinds vorig jaar een NEDAB, een niet-economische dienst van algemeen belang. Kortom, wat er met de ambulancedienst is gebeurd, breiden we uit. Daarbij heb ik wel een vraag aan de indiener. Waarom zouden we niet gelijk van de hele acute zorgketen een NEDAB maken? We hebben immers ook nog de hap, de acute verloskunde en de acute ggz.

Voorzitter. Dan een aantal vragen aan de Minister. Wat vindt de Minister van de uitspraak van de vorige Minister van VWS? Ik citeer: «Concurrentie is van vroeger, samenwerken is de toekomst.» Is hij het daarmee eens? Kan de Minister ook zijn eigen uitspraak toelichten? Ik citeer: «De aanpak van corona heeft geleden onder de marktwerking in de zorg.» Wat is dan volgens de Minister de oplossing?

Voorzitter. De vorige Minister van VWS concludeerde ook: «Gebrek aan centrale regie was het afgelopen jaar een groot probleem.» Daarbij had hij het over 2020. Deelt deze Minister die conclusie? Is hij het met de indiener eens dat een nationaal gezant of coördinator acute zorg dit kan oplossen? Graag een reactie.

Voorzitter. Landen als België, Frankrijk, Engeland en de Verenigde Staten hebben al jaren een landelijke spoedzorgcoördinator. Mijn fractie heeft daar in 2017 al eens vragen over gesteld, maar toen werd dat nog niet nodig geacht. Denkt de regering daar inmiddels anders over?

Voorzitter. Naast bestaande crisisstructuren, ondergebracht bij de geneeskundige hulporganisaties in de regio, gemeentelijke gezondheidsdiensten en veiligheidsregio's, zijn er tijdens corona nog diverse andere opgericht, zoals het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, het Landelijk Consortium Hulpmiddelen, de Landelijke Coördinatie Testcapaciteit en het Landelijk Coördinatieteam Diagnostische Keten. Wie gaat die allemaal aansturen, vraag ik de Minister. Hoe gaan die samenwerken?

Voorzitter. Dan de aanleg van een zorgcrisisreserve, het opzetten van een structuur die in geval van nood zelfstandig kan functioneren, zodat de reguliere zorg zo lang mogelijk door kan gaan. Niet flexibel dus, maar structureel. Ook dit wordt in deze nota breed getrokken, dus niet alleen een reserve van zorgpersoneel, maar ook van gebouwen, bedden, apparatuur en genees- en hulpmiddelen. Je hebt immers niks aan een ic-bed zonder beademingsapparatuur en personeel om dat te bedienen. Het is allemaal met elkaar verweven. De vorige Minister van VWS gaf in reactie op de initiatiefnota aan dat nagedacht werd over «een flexibele capaciteit van materiaal (bijvoorbeeld apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen) en van medisch geschoolde zorgprofessionals». Maar dat is niet waar de indiener om vraagt. Er wordt juist gevraagd om de aanleg van een structurele zorgcrisisreserve. Hoe ziet deze Minister dit?

Voorzitter. Samen met het CDA diende de PVV begin november 2020 een motie in om te komen tot een nationale reserve zorgverleners. Deze werd met algemene stemmen aangenomen. Hoe kijkt de indiener aan tegen de resultaten van de verkenning die het vorige kabinet naar aanleiding van deze motie heeft uitgevoerd? De toenmalige Minister sprak een voorkeur uit voor een scenario van een nationale reserve met een regionale uitvoeringskern en circa 2.000 reservisten. Graag een reactie. Hoe gaat het nieuwe kabinet uitvoering geven aan deze motie? Hoe kijkt de Minister aan tegen de verschillende scenario's die zijn uitgewerkt? En zijn 2.000 reservisten niet veel te weinig? Ook is vorig jaar maart een motie, ook alweer van het CDA en de PVV, aangenomen om een nationale wervingscampagne op te zetten om het aantal zorgreservisten zo spoedig mogelijk op te schalen. Hoe staat het daarmee?

Voorzitter. Er wordt in de nota ook gesproken over reservegebouwen. Is een centraal reservegebouw vergelijkbaar met of ondergebracht in het

calamiteitenhospitaal in Utrecht dan ook een mogelijkheid, zo vraag ik de indiener.

Voorzitter. Het vorige kabinet schreef zich nog te beraden op hoeveel ic-bedden er structureel vast nodig zijn. Kan de nieuwe Minister hier al iets over zeggen?

Voorzitter. De initiatiefnota vraagt om structurele oplossingen, zo ook voor persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen. Als we pandemische paraatheid willen garanderen zoals het kabinet ook wil, dan zullen we stappen moeten zetten om minder afhankelijk te worden. Want zoiets simpels als een gebrek aan mondkapjes kan ons hele zorgsysteem platleggen. Afhankelijkheid maakt ons veel te kwetsbaar. Productie in eigen land biedt ook weer mogelijkheden voor verdere innovaties. Daarnaast wil de initiatiefnemer inzetten op het behouden van de generieke medicijnproductie in Nederland en op het stimuleren en uitbreiden van bestaande initiatieven. Hoe kijkt de Minister hiertegen aan? Ziet hij ook de kwetsbaarheid van afhankelijkheid, ook in Europees verband? Kijk bijvoorbeeld naar de inkoop van het coronamedicijn Evusheld. Klopt het dat Duitsland en België op eigen houtje handelen, maar Nederland weer kiest voor de langzamere route van inkoop via de Europese Unie?

Voorzitter, ik rond bijna af. Ik zou ook nog graag willen weten van de Minister in hoeverre de ijzeren voorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen voldoende is en of dat ook breder wordt bekeken dan alleen wat er nodig is in het geval van een infectieziekte. Voorzitter, tot slot. Meerdere keren is tijdens de coronacrisis de reguliere zorg afgeschaald. Dit moeten we proberen te voorkomen. Ik geloof dat de initiatiefnota die wij vandaag bespreken daar veel goede ideeën over bevat.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dat levert een vraag op bij mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een verduidelijkende vraag, want ik dacht heel even iets te horen van een warm pleidooi voor Europese samenwerking. Ik hoorde u iets zeggen over productie en inkoop en dat dat in het ene land zo ging en in het andere land zo. Pleit de PVV voor een sterkere Europese samenwerking, juist vanwege de kwetsbaarheid als het gaat om bijvoorbeeld beschermingsmiddelen of medicatie?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik denk dat mevrouw Paulusma dan naar een iets ander verhaal heeft zitten luisteren. Volgens mij hield ik juist een sterk pleidooi voor onafhankelijkheid, het onafhankelijk maken van ons eigen land en ons juist niet te afhankelijk en dus te kwetsbaar opstellen richting de Europese Unie.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats complimenten aan de initiatiefnemer, mevrouw Agema, en natuurlijk ook aan haar ondersteuning. De nota is to the point geschreven, doet duidelijke voorstellen en geeft ook een goed inzicht in de huidige zorgcapaciteit. Ondanks dat de nota een jaar oud is, is deze nog steeds actueel. Het gaat immers om de organisatie van de zorg en de wijze van inzet van de zorgprofessionals. Daarover spreken we juist ook deze maanden met het kabinet.

Voorzitter. Naar aanleiding van de nota heb ik de volgende vragen. De initiatiefnemer pleit voor een direct einde aan een deel van de marktwerking. Zoals de Minister aangeeft, is dat bij de ambulancedienst gebeurd. Het CDA onderschrijft dat dat wellicht ook zinvol kan zijn voor spoedeisende hulp. Dat punt nemen we graag mee als we integraal over de acute zorg gaan spreken naar aanleiding van het advies in het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit. Mevrouw Agema stelt dat er 1,25 miljoen minder doorverwijzingen naar specialisten zijn geweest. Nu heeft de KNMG in oktober 2021 een petitie aangeboden en gevraagd om nader onderzoek, want een deel van de zorgaanvraag lijkt schadeloos te zijn «verdampt». Is mevrouw Agema dat met mij eens? Is zij het met mij eens dat het wetenswaardig is dit nader te onderzoeken? Zou de Minister daar ook op kunnen reflecteren?

Voorzitter. De initiatiefnemer spreekt over een speciaal gezant om de zorgcrisisreserve aan te sturen, in casu de GHOR, de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio. Het CDA is het met mevrouw Agema eens dat er meer samenwerking maar ook meer regie moet komen, betere data-uitwisseling en dat zorginstellingen moeten stoppen de kaarten bij de borst te houden. Maar kan de initiatiefnemer nader toelichten hoe dat in de praktijk zou werken met een gezant? Wat is de relatie met de GGD en de zorginstellingen? Die zorgreservisten zijn nu toch vaak elders in dienst. Hoe ziet zij de gezagsverhouding? Kan de initiatiefnemer nader toelichten waarom er leegstaande gebouwen met bedden en apparatuur moeten komen en waarom die flexibiliteit in capaciteit – dat die capaciteit en die flexibiliteit moeten komen, willen wij van harte ondersteunen – niet ingebed kan worden in huidige instellingen? Aan wie zou deze gezant gaan rapporteren? En welke bevoegdheden zou deze persoon hebben?

De Minister schrijft in zijn reactie van september dat hij nog met het veld wil overleggen en zich nog beraadt op hoeveel ic-bedden precies nodig zijn. Mevrouw Maeijer refereerde daar ook aan. Wat is de uitkomst daarvan? Hoe gaan die gefinancierd worden en waar komen die te staan?

Voorzitter. Het CDA is het zeer met de initiatiefnemer eens dat er zorgreservisten moeten komen. Samen met de PVV is een motie daarover ingediend, die breed werd ondersteund. Kan de Minister aangeven wat de laatste stand van zaken is? Ik hoor namelijk nog steeds veel voorbeelden van mensen die jaren in de zorg hebben gewerkt en nu aan allerlei eisen moeten voldoen om geaccepteerd te worden, bijvoorbeeld omdat ze niet meer BIG-geregistreerd zijn. Er zijn nu nog maar enkele duizenden zorgreservisten, terwijl dat er volgens ons tienduizenden zouden kunnen zijn. Kan de Minister daarop reflecteren? Stellen wij niet te veel eisen in bepaalde situaties? Houdt het veld dit tegen?

Voorzitter. Ook de Nationale Zorgklas komt maar moeilijk van de grond. Ik herinner mij dat wij meneer Van Gerven de vorige periode in ons midden hadden, een voormalig huisarts en lid van de SP. Hij was al jarenlang geen huisarts meer, maar als er wat gebeurde, keken we toch altijd allemaal hoopvol naar meneer Van Gerven. Aan welke eisen moeten mensen voldoen om bepaalde functies te mogen uitvoeren? Ik kan mij goed voorstellen dat je dan niet gelijk meer als arts mag functioneren, maar misschien kun je in nood andere functies vervullen.

Voorzitter. Mevrouw Agema stelt terecht voor om meer zelfvoorzienend te worden en als overheid meer regie te nemen met betrekking tot geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Recentelijk hebben wij met meneer Van der Staaij van de SGP nog vragen gesteld naar aanleiding van het rapport-Roland Berger. De Minister heeft het over dijkbewaking. Zorginstellingen dan wel leveranciers moeten grotere voorraden aanhouden. Hoe ziet de Minister de financiering daarvan? Dijk 3 is volgens de Minister stand-byproductie in of dicht bij Nederland. Maar is de Minister het met het CDA eens dat je dit het beste kunt borgen door gedeeltelijk structureel persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen hier in

Nederland in te kopen en te produceren? Denk bijvoorbeeld aan de mondkapjes bij de sociale werkvoorziening in Sittard of bij de mondkapjesfabriek in Arnhem. Dat is ook een sociaal initiatief, dat de afgelopen jaren miljoenen mondkapjes heeft geproduceerd. Dan moet je er ook voor zorgen dat de grondstoffen ofwel in Nederland ofwel dichtbij zijn. Is de Minister het met het CDA eens dat leveringszekerheid echt iets anders is dan zelfvoorzienend zijn als Nederland dan wel als Europa? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Allereerst wil ik graag mevrouw Agema en de heer Wilders bedanken voor het schrijven van deze initiatiefnota en het werk dat ze hierin gestopt hebben, want dat zijn nooit kleine klussen.

Voorzitter. De impact die de coronacrisis op onze maatschappij had en nog steeds heeft, is enorm. In de afgelopen twee jaar is de druk op de zorg, die al heel hoog was, nog verder toegenomen. Een groot deel van de reguliere zorg werd stopgezet en bevolkingsonderzoeken naar bijvoorbeeld kanker werden uitgesteld. Ook dachten Nederlanders er zelf nog wel drie keer over na voordat ze naar de huisarts gingen. Zo probeerden we met elkaar alles op alles te zetten om ervoor te zorgen dat coronapatiënten de zorg kregen die ze nodig hadden.

De maatregelen die we indertijd hebben moeten nemen, worden nog uitgebreid geëvalueerd. Maar net als de initiatiefnemers vind ik het goed om juist ook naar de toekomst te kijken en er op die manier voor te zorgen dat we klaarstaan voor nieuwe crises, welke die ook mogen zijn.

Voorzitter. Maar mijn fractie vindt dat een pandemie vooral bestreden moet worden als er geen pandemie is. Hoe zorgen we er bijvoorbeeld voor dat mensen zo gezond mogelijk zijn? Ook in de coronacrisis waren mensen met andere aandoeningen, in veel gevallen veroorzaakt door een ongezonde leefstijl, kwetsbaar om op de ic terecht te komen. Gezondheid gaat wat ons betreft niet alleen om wat het individu kan doen, maar ook om een goede luchtkwaliteit, goede leefomstandigheden en bestaanszekerheid.

Als ik de initiatiefnota van mevrouw Agema en de heer Wilders lees, zie ik het belang van preventie niet terugkomen in hun plannen, of ik heb niet goed genoeg gelezen. De initiatiefnota lijkt vooral in te zetten op meer ic-bedden, maar zegt niets over het bevorderen van de gezondheid van mensen. Ik wil dan ook graag aan mevrouw Agema vragen hoe zij dit ziet. Welk signaal geven we aan mensen af als we pas ingrijpen als ze zo ziek zijn dat ze zorg op de ic nodig hebben? Daarmee geef ik ook graag mee dat het herstel van een opname op de ic ontzettend heftig is. Een opname is hard werken. Van veel coronapatiënten die op de ic hebben gelegen, horen we dat ze nog steeds niet hersteld zijn. Hoe zien de initiatiefnemers dit?

Voorzitter. De initiatiefnemers pleiten voor een vaste verhoging van het aantal ic-bedden. Hiervoor zie ik echter geen dekking terug in het voorstel. Zijn de initiatiefnemers het niet met D66 eens dat we juist veel beter kunnen inzetten op het flexibiliseren van die ic-capaciteit? Op die manier kunnen we opschalen als het nodig is, maar als het niet nodig is, de tijd, energie en mankracht of vrouwkracht inzetten op andere plekken in de zorg waar ook tekorten zijn of waar op dat moment een vraag ligt. Ik zou ook graag een reactie van de Minister willen op de financiële paragraaf uit de initiatiefnota.

Voorzitter. De initiatiefnemers doen ook een verzoek om over te gaan tot de aanleg van een nationale reserve zorgverleners. Er werd al aan gerefereerd: net als de eerdere motie die de PVV samen met het CDA

indiende, vindt D66 dit een goed idee. In de coronacrisis zag je dat veel mensen die ooit in de zorg hadden gewerkt, graag hun handen uit de mouwen wilden steken om mee te helpen. Maar ook toen kwamen mensen in een administratieve kolk terecht. Zo hoorde ik van een huisarts uit Helmond dat hij een paar weken nadat hij met pensioen was gegaan, op prik cursus moest om ook te mogen helpen bij het zetten van vaccinaties. Het werken met zorgreserves staat ook in het regeerakkoord, gelukkig. Ik ben dan ook erg benieuwd naar de plannen van de Minister met betrekking tot deze nationale reserve. Ook ben ik benieuwd naar zijn ambities met betrekking tot het verlagen van die administratieve druk, zodat mensen aan de slag kunnen.

Bij de inzet op pandemische paraatheid zie ik ook veel kansen voor Europese samenwerking. Zo kunnen bijvoorbeeld persoonlijke beschermingsmiddelen dichterbij huis worden geproduceerd of medicijnen gezamenlijk worden ingekocht. Die Europese kansen lees ik echter niet terug in de initiatiefnota. Daarom ontvang ik graag zowel een reactie van de Minister als van de initiatiefnemers op de vraag hoe we door Europese samenwerking nog beter klaar kunnen zijn voor een volgende crisis.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, mag ik u onderbreken voor twee interrupties?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, ik zag het al.

De voorzitter:

Dan is er eerst een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Het CDA is het helemaal met mevrouw Paulusma eens dat we moeten kijken hoe we als Europa meer zelfvoorzienend kunnen worden. Als Nederland kun je immers onmogelijk alle medicijnen en hulpmiddelen zelf produceren. Maar is mevrouw Paulusma het ook met ons eens dat je daar wel het goede voorbeeld in moet geven? Ik noemde net de mondkapjesfabriek in Arnhem. Die heeft tientallen miljoenen mondkapjes gemaakt en nu wordt er toch weer een masse ingekocht in China in plaats van dat we zorgen dat we een stukje basis hier in Nederland op orde houden. Daarop wil ik graag een reactie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik weet niet wat mevrouw Van den Berg met «we» bedoelt; ik neem maar even aan dat zij Nederland bedoelt. Ik vind dat we zeker het goede voorbeeld moeten geven. Dat wat wij hier goed kunnen, moeten we vooral blijven doen, maar wel met de bril richting Europa. Want als elk land zegt «ik ben hier het beste in», gaan we straks in alle lidstaten hetzelfde produceren. Dat lijkt me inefficiënt. Ik zie dus zeker dat we wat wij kunnen, moeten behouden – want we zijn niet voor niks heel innovatief – maar wel met de bril naar buiten.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, een vervolgvraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Zoals ik al zei: het is onmogelijk om als Nederland alles in je uppie te doen, maar het gaat ons om het uitgangspunt dat als we in Nederland tijdens corona de productie van bepaalde middelen hebben gerealiseerd, zoals mondkapjes of bepaalde generieke medicijnen, het niet zo kan zijn dat we nu weer en massa alles in China gaan inkopen en dat we al die kennis, kunde en mogelijkheden dus weer verliezen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde niet echt een vraag maar meer een bevestiging van wat ik daarvoor ook al zei. Ik ga er dus van uit dat dat afdoende is voor mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik zat een beetje te wachten, want ik wist niet of mevrouw Paulusma er verder op in zou haken, maar mevrouw Paulusma begon haar verhaal over het belang van preventie. Dat onderschrijven wij natuurlijk. Ik zie daarin meer de kracht van voorlichting dan in mensen dicteren hoe ze moeten leven en wat ze wel of niet moeten doen, maar dat is een andere discussie. Volgens mij gaat deze nota namelijk veel breder dan dat, want zij gaat niet alleen over een pandemie met infectieziekten, waar de staat van je gezondheid invloed op heeft. Dit gaat ook over terreuraanslagen of een grootschalige ramp van een andere aard. Dat is dus veel breder dan dat. Dat ziet op een acute crisis waarin we er volgens mij alles aan moeten doen om ervoor te zorgen dat de mensen die dan in nood zijn, geholpen worden en dat de mensen die een beroep doen op de reguliere zorg, gewoon hun zorg kunnen krijgen. Ik hoop toch echt dat u dat belang wel onderschrijft en dat u dat niet vernauwt tot een discussie over preventie en over de vraag of je wel of niet had kunnen vermijden dat je misschien in het ziekenhuis had kunnen komen, met welke gevolgen dan ook.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank voor de vraag. Om een misverstand uit de wereld te helpen: ik zal hier nooit een pleidooi houden met als strekking dat je kunt vermijden dat je op de ic terecht komt. Ik heb hier een pleidooi gehouden voor wat volgens ons verstandig zou zijn ten aanzien van een pandemie die door een virus veroorzaakt wordt. Ik snap heel goed dat er ook andere crises kunnen zijn, maar onze insteek is wel dat we daar flexibel op moeten reageren, dus niet met een vast aantal bedden erbij waarmee we er wel klaar voor zouden zijn. Nee, dit is een samenhang der dingen. Het aanbod van wat mensen op dat moment nodig hebben, moet flexibel ingericht worden.

De voorzitter:

Mevrouw Maeijer, in tweede instantie.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik begrijp dat u dat zegt, maar ik vind dat ergens ook een beetje verontwaardigd, want als we iets van deze crisis hebben kunnen leren, is dat juist dat we een soort structurele beschikbaarheid en inzetbaarheid moeten hebben van mensen, apparatuur en middelen die we kunnen inzetten op het moment dat de nood aan de man is, zodat de reguliere zorg niet opnieuw – volgens mij tot vier keer toe – afgeschaald moet worden, met alle gevolgen van dien. Dat is toch wat wij moeten voorkomen? Dat is toch wat wij geleerd moeten hebben van deze crisis? Wij moeten er toch voor proberen te zorgen dat dat niet meer gebeurt?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Volgens mij zijn mevrouw Maeijer en ik het grotendeels eens. Ik geloof er alleen niet in dat we klaar zijn als er 1.000 ic-bedden bij komen, want ik zou heel graag willen dat mensen daar niet eens op hoeven te liggen. Je moet immers een halve marathon lopen als je op een ic hebt gelegen. Ik ben een groot voorstander van de Nationale Zorgreserve. Daarin vinden we elkaar dus zeker.

Voorzitter, zal ik verdergaan?

De voorzitter:

Ja, gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter. De initiatiefnemers doen ook een voorstel met betrekking tot de ambulancediensten, spoedeisendehulpdiensten en de intensive cares. Over dit laatste punt heb ik al voldoende gezegd, net ook in het korte interruptiedebat. De Minister heeft in zijn reactie aangegeven hoe de ambulancediensten nu al centraal worden georganiseerd. Met betrekking tot de spoedeisendehulpdiensten vind ik het vooral belangrijk dat mensen op de juiste plek worden geholpen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat concentratie van traumazorg bijdraagt aan het toenemen van kwaliteit. Ik ben er dan ook van overtuigd dat als we patiënten laten kiezen tussen langer reizen en een hogere kwaliteit zorg, velen een voorkeur voor het laatste hebben, mits dat kan. Ik hoor graag hoe de initiatiefnemers dit zien.

Voorzitter. Tot slot las ik een zin in de initiatiefnota waar ik graag afstand van wil nemen. Ik roep de initiatiefnemers dan ook op hetzelfde te doen. Ik ga die zin niet herhalen, maar daarin wordt de schuld voor het ontstaan van COVID-19 de facto bij één bevolkingsgroep neergelegd. Dit is niet alleen discriminerend maar gaat ook tegen beter weten in. Een intensieve mondiale economie die ook ons ecosysteem onder druk zet, geeft ruimte aan ziekteverwekkers. Dat wordt niet veroorzaakt door één bevolkingsgroep. Nederlanders mogen van de Tweede Kamer verwachten dat we niet vervallen in discriminatie en xenofobie en dat we luidkeels afstand nemen van mensen die dat wel doen. Mijn oproep aan alle leden is dan ook om hetzelfde te doen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank, mevrouw Paulusma. De heer Van Wijngaarden heeft nog een vraag voor u.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD):

Meer een verduidelijking voor de mensen die dit anderszins volgen. Er wordt nu een zin heel cryptisch omschreven. Wat mij betreft kan die gewoon worden voorgelezen. Dat lijkt me voor de helderheid van het debat ook beter.

De voorzitter:

Ik geef eerst mevrouw Paulusma de gelegenheid om hierop te reageren. Daarna kan mevrouw Maeijer een vraag stellen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb de notitie voor mij liggen. Het staat in een van de laatste alinea's. Daarin zeggen de initiatiefnemers dat we ons moeten voorbereiden voordat de volgende Chinees een vleermuis in de wok gooit. Dat is, wat ik net al noemde, discriminerend en het legt de schuld voor wat er gebeurd is, bij één bevolkingsgroep neer. Ik vind het ongepast en niet kunnen om dat soort grapjes te maken.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD):

Voorzitter, ik wil via u mevrouw Paulusma bedanken dat ze het toch even heeft willen verduidelijken. Ik kan me ook voorstellen dat ze geen zin had om dat te herhalen. Maar ik vind het wel fijn voor de helderheid van het debat. Ook mensen die het debat anderszins volgen, moeten weten waar het over gaat.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik wilde eigenlijk alleen behulpzaam zijn en die zin voorlezen, die volgens mij overduidelijk als grap bedoeld is. Maar goed, dat typeert D66.

De **voorzitter**:

Ik denk dat het goed is als wij gewoon verdergaan met de inbreng van de heer Van Wijngaarden namens de VVD.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD):

Voorzitter. Ik wil eerst even zeggen dat ik collega Tielen vervang, die bij een vergadering van een parlementaire enquêtecommissie moet zijn. Ik moet de vergadering helaas wat eerder verlaten, maar mijn medewerkers zullen de beantwoording volgen. Dus dat even vooraf. En ik ga zeker geen grappen maken.

Voorzitter. Vandaag bespreken we de initiatiefnota van mevrouw Agema en de heer Wilders. Het is mooi en prijzenswaardig om te zien dat de leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport veelvuldig gebruikmaken van de mogelijkheid om een initiatiefnota te schrijven om zaken die zij belangrijk vinden, onder de aandacht te brengen. Complimenten daarvoor.

De nota die we vandaag bespreken is al enige tijd geleden ingediend, in een periode waarin de epidemiologische situatie nog steeds precair was. Het was een periode waarin de 3 miljoenste prik werd gezet in Nederland en waarin we met z'n allen toewerkten naar mogelijkheden om de samenleving weer ruimte te geven. De nota die we vandaag bespreken, heeft een sterke focus op de pandemie, op de uitbraak van een infectieziekte in de luchtwegen. De VVD vindt het belangrijk om voorbereid te zijn op toekomstige gezondheids crises, maar wil daarbij ook de opmerking maken dat de volgende gezondheids crisis van een geheel andere orde kan zijn. Dat kan bijvoorbeeld een crisis zijn die wordt veroorzaakt door een schimmel, een bacterie of een parasiet. Hoe ziet de initiatiefnemer dit en hoe wordt in de nota rekening gehouden met gezondheids crises van verschillende aard?

In de nota wordt een aantal voorstellen gedaan om nieuwe crisissituaties het hoofd te bieden. Zo stellen de initiatiefnemers voor om een zorgcrisis-reserve in te stellen in geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag. De covidcrisis heeft laten zien dat er tijdens crises behoefte is aan een reservecapaciteit van medisch geschoolde zorgprofessionals. Ook de VVD wil een strategische reserve van zorgmedewerkers die we kunnen inzetten tijdens uitzonderlijke situaties.

De Minister heeft in zijn stand-van-zakenbrief van 14 januari aangegeven dat de Nationale Zorgreserve inmiddels uit 1.385 zorgreservisten bestaat. Het eerste concept van een Nederlands herstel- en veerkrachtplan spreekt van 5.000 reservisten. Hoe kunnen we zo veel mogelijk mensen benaderen om de Nationale Zorgreserve onder de aandacht te brengen, vraag ik de Minister. Wordt dit initiatief onder de aandacht gebracht bij bijvoorbeeld geneeskunde en zorgopleidingen? Worden oud-leerlingen en -studenten van geneeskunde en zorgopleidingen via bijvoorbeeld alumninieuwsbrieven op de hoogte gebracht van de Nationale Zorgreserve, vraag ik het kabinet.

Voorzitter. De initiatiefnemer doet in het kader van de zorgcrisisreserve ook het voorstel voor een reserve aan beschermingsmiddelen en geneesmiddelen. Ook de VVD heeft aan het einde van het eerste coronajaar voorstellen gedaan voor het aanleggen van strategische voorraden geneesmiddelen, grondstoffen en halffabricaten. In navolging hiervan wil ik graag van de initiatiefnemer horen wat zij van het zogenoemde «dijkenmodel» vindt, dat vorig jaar naar de Kamer is gestuurd. Het is een model om te komen tot een ijzeren voorraad aan persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen, waaronder ic-apparatuur, ten behoeve van toekomstige crises. Hoe ziet zij

de verhouding tussen het plan dat voorgesteld wordt in de initiatiefnota en dit voorstel, dit dijkenplan, van de regering?

Voorzitter. Het zorglandschap biedt mijns inziens een schat aan mogelijkheden om robuuster, stootvaster en flexibeler te worden om toekomstige gezondheids crises het hoofd te kunnen bieden. Een mooi voorbeeld vind ik het calamiteitenhospitaal in Utrecht, waar zo nodig binnen no-time 200 ziekenhuisbedden inclusief personeel beschikbaar zijn. Het calamiteitenhospitaal heeft tijdens de coronapandemie extra capaciteit geleverd. Ook nu, met de komst van vluchtelingen uit Oekraïne, worden er voorbereidingen getroffen voor vluchtelingen die medische zorg nodig hebben.

Voorzitter. De VVD vindt dat dit soort kennis meegenomen moet worden in het voorbereiden van het zorglandschap op toekomstige crises. Mijn vraag aan de initiatiefnemer is dan ook in hoeverre zij gesproken heeft met ervaringsdeskundigen, beroepsgroepen en instellingen. Wat is daaruit meegenomen in de plannen die in deze nota gepresenteerd worden? Ook aan de Minister heb ik de vraag hoe diverse scenario's rondom pandemische paraatheid afgestemd worden met de verschillende beroepsgroepen.

Voorzitter. Tot slot heb ik nog een vraag aan de initiatiefnemer over de financiële kaders. De nota beschrijft 2 miljard euro om de zorgcrisisreserve en heel jaar lang op volle sterkte te laten draaien. Ik hoor graag van de initiatiefnemer welke dekking zij voor deze middelen voorziet en of het hier om structurele of incidentele bedragen gaat. Daarnaast beschrijven de initiatiefnemers dat er ongeveer 300 miljoen euro structureel nodig zal zijn voor het beheren van materialen en gebouwen in tijden waarin geen gebruik wordt gemaakt van de zorgcrisisreserve. Ik ben daarbij benieuwd hoe deze 300 miljoen euro is opgebouwd.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Van Wijngaarden. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Kuiken.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank, voorzitter. Allereerst dank aan de initiatiefnemers voor het tot stand brengen van deze initiatiefnota. Die is behoorlijk actueel en valt ongeveer samen met de langetermijnvisie van het kabinet op de manier waarop we omgaan met een volgende pandemie. Wat dat betreft is het fijn om te zien dat er hele concrete voorstellen in zitten. Of ik het er nou wel of niet mee eens ben, de nota geeft in ieder geval een gedachte aan over de vraag hoe we omgaan met een toekomstige crisis. Ik zie het breder dan de pandemie zoals we die in de huidige vorm hebben gekend. In de initiatiefnota gaat het ook over andere vormen van crises die ons kunnen bereiken, zoals een terreuraanslag.

Voorzitter. Ik heb een aantal vragen. We delen de wens met de PVV dat de zorg overal goed bereikbaar blijft. We maken ons ook zorgen over het afnemen van het aantal spoedeisendehulpdiensten en het effect daarvan op andere vormen van zorg. Gelijktijdig vraag ik me wel af hoe het mechanisme van nationaal belang zou gaan werken, omdat ik niet weet of marktwerking per se de grootste bedreiging vormt voor het wel of niet hebben van hulpdiensten. Dat is namelijk ook een keuze die in dit geval de Minister maakt vanuit een nationaal niveau. Het is een oprechte vraag hoe dat in de praktijk zou werken. Waarom zou dat mechanisme beter volstaan dan het systeem dat we nu hebben?

Dan een vraag over de ambulancezorg. We begonnen er ook al mee, omdat dat in principe nu al is opgenomen in de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Welke elementen zouden dan nog anders of beter georganiseerd moeten worden in relatie tot haar voorstel?

Ik wil dezelfde vraag over de acute zorg stellen aan Minister Kuipers. Wil hij reflecteren op de stelling die mevrouw Agema hier positioneert, met

name over de acute zorg en de discussie die wij hier in de Tweede Kamer volop zullen gaan voeren?

Interessant vind ik ook het voorstel – een voorstel dat mevrouw Agema al langere tijd in onze Kamer heeft gedaan – om te komen tot een reserve aan intensivisten, ic-verpleegkundigen en ondersteuners die aanvullend zijn op de reguliere zorg. Tijdens de coronapandemie hebben we gezien dat daar ontzettend veel behoefte aan was. Dat voorstel heb ik in ieder geval in woord ondersteund. Dat voorstel verdient wat mij betreft ook serieuze navolging. Bekeken moet worden hoe je dat op welke wijze kunt vormgeven.

Een aantal vragen. Uitstromers uit de zorg behouden als zorgreservisten, met een jaarlijkse bijscholing, is nodig en belangrijk. Ik ben ook benieuwd hoe het gaat met de uitwerking van de definitieve vormgeving van de Nationale Zorgreserve. In een eerdere brief is aangegeven dat dat tot in ieder geval minstens 2022 zal duren. Mijn vraag aan de Minister is hoe het loopt met deze planning. Op welke wijze wil de Minister de ideeën van mevrouw Agema vormgeven?

Ook ben ik benieuwd hoe de Minister kijkt naar de flexibele capaciteit van materiaal en de drie zogenoemde dijken om de zorg voor te bereiden op het beter beschermen en gereedstaan in tijden van crises. Ook dat ben ik eens met mevrouw Agema: we moeten gewoon minder afhankelijk zijn. Ik zie niet in dat we alles nationaal zouden moeten regelen. Ik geloof ook in een Europese aanpak. Maar gelijktijdig maak ik me wel zorgen om het feit dat de capaciteit die we hebben, zoals een mondkapjesfabriek in Arnhem of een geneesmiddelenfabrikant in Leiden, eigenlijk de markt uit worden geconcurrereerd. Dat vind ik dan weer onverstandig. Dus ik zeg niet dat je alles in eigen hand moet houden, maar als je alles toch weer uit de Chinese markt haalt, voldoe je niet aan mijn logisch principe van nationaal dan wel Europees. Daarom ben ik het zeer eens met de oproep die mevrouw Agema doet. Graag zou ik op dit punt een reactie willen krijgen van de Minister.

Ik ben het ook niet eens met de stelling dat het niet nodig is om alles in eigen hand te produceren en te beheren, en dat dat niet wenselijk of niet realistisch is. Als we in dit denkbeeld blijven denken, dan weten we zeker dat er niks verandert. Terwijl we juist gezien hebben dat dit essentieel is, niet alleen om ons voor te bereiden op een pandemie, maar ook op andere vormen van schaarste. Laten we ook leren van de Oekraïne-crisis die zich nu voordoet en de schaarste die daardoor gaat ontstaan. Die zal misschien nog veel verdere gevolgen hebben dan wij nu op dit moment kunnen overzien. Dus graag een reactie hierop.

Er zijn ook een aantal vragen, reflecterend hierop, aan mevrouw Agema gesteld over Nederland versus Europa. Daar zou ik mij graag bij willen aansluiten. Maar daarmee ondersteun ik wel heel erg de oproep om veel minder afhankelijk te zijn, veel meer de regie zelf te blijven voeren en ook de marktwerking tegen te gaan, ook omdat ik denk dat het helpt in het drukken van prijzen van met name geneesmiddelen, die nu vaak belachelijk duur zijn. Mevrouw Agema heeft daar ook in het verleden bij herhaling een heel duidelijk pleidooi voor gehouden.

Voorzitter. Ik zie dat ik door mijn tijd heen ben. Ik ben misschien niet helemaal volledig geweest, maar er zijn voldoende vragen gesteld. Ook ik zal er tussendoor even uit gaan omdat ik ergens anders moet voorzitten, maar daarna kom ik weer terug, afhankelijk van hoe het loopt in de tijd.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Fijn dat u weer terugkomt. Dan kijk ik even naar rechts. Is een schorsing van een halfuur voldoende? Dat is het geval. Dan schors ik de vergadering tot 15.40 uur.

De vergadering wordt van 15.08 uur tot 15.41 uur geschorst.

De voorzitter:

Welkom terug. Goedemiddag. We zijn gekomen bij de eerste termijn van de kant van de initiatiefnemer en de Ministers, dus ik geef snel het woord aan mevrouw Agema. Gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank mijn collega's voor hun vragen. Ik vind het heel fijn om te zien dat de grootste partijen vertegenwoordigd zijn en een inbreng hebben verzorgd. Daar ben ik hen zeer erkentelijk en dankbaar voor. De initiatiefnota die voorligt is natuurlijk niet de panacee voor alle problemen, maar is bedoeld als meedenken over de uitdagingen die er op korte termijn en op wat langere termijn liggen. Ik bedank ook mijn beleidsmedewerkers, mevrouw Wisse en mevrouw Van der Meer, voor hun inhoudelijke ondersteuning. Ik vind het zo leuk om dat nou eens een keertje te zeggen! Ze werken allebei al meer dan tien jaar voor mij en zonder hen is er ook echt geen Agema. Heel veel dank dus.

Corona is ons overkomen en dat zullen we natuurlijk ook niemand verwijten. Dat doen we ook beslist niet met onze initiatiefnota. Maar de paniek in ons land is ook groot geweest omdat er de voorbije jaren te fors is gesneden in onze ziekenhuiszorg. In december 2020 hadden we de zwaarste lockdown van Europa en in december 2021 zaten we als enig land in Europa in een harde lockdown. Ons sociale leven, onderwijs en economie liepen forse schade op. Tot viermaal aan toe werd reguliere zorg voor ziekenhuispatiënten die geen corona hadden, afgeschaald. We hebben onze huidige Minister leren kennen toen hij ons in zijn oude baan hierover informeerde tijdens technische briefings. Ik doel dan natuurlijk op de Minister van VWS.

De op 30 december 2020 ingediende en Kamerbreed aangenomen motie-Wilders verzoekt de regering in geval van een pandemie de crisiszorg op orde te brengen teneinde de reguliere zorg voor patiënten met bijvoorbeeld kanker, hartfalen, nierfalen of pijn niet te hoeven afschalen. In de strategie voor de lange termijn met corona stelt de regering namelijk ook dat als corona uitbreekt, de zorg voor iedereen toegankelijk moet blijven, ook voor mensen die operaties en andere behandelingen nodig hebben. In de langetermijnaanpak COVID-19 stelt de regering als doel om bij een nieuwe opleving van COVID-19 de reguliere ziekenhuiszorg doorgang te laten vinden. De zorg toegankelijk houden is tijdens alle vier de coronagolven niet gelukt. Indieners zijn dan ook benieuwd naar de uitwerking van de voornoemde plannen van de regering en naar het plan voor de pandemische paraatheid dat we binnenkort zullen ontvangen. Natuurlijk hopen we dat punten uit de initiatiefnota daarin een plekje kunnen krijgen.

Dan de initiatiefnota zelf. Wij stellen voor om beter voorbereid te zijn op toekomstige pandemieën, rampen of terroristische aanslagen door een aantal essentiële onderdelen van onze acute zorg per direct uit de marktwerking te halen door ze van nationaal belang te verklaren. De ambulancedienst is reeds zo'n niet-economische dienst van algemeen belang. Hun beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg. Indieners stellen voor om van de spoedeisendehulpdiensten, de intensive cares en de persoonlijke beschermingsmiddelen ook zo'n NEDAB te maken. Dit zorgt ervoor dat er niet meer bedrijfsmatig naar deze onderdelen van de acute zorg gekeken kan worden. Voor deze onderdelen komen er dan vaste prijzen. Een speciaal gezant gaat over de planning en het beheer van deze cruciale onderdelen van onze acute zorg. Er wordt dan gekeken naar wat we nodig hebben onder normale omstandigheden én naar wat we in reserve hebben als het misgaat. Dit kost geld, maar het zal aanzienlijk minder kosten dan de 95 miljard euro die we als land tijdens de coronacrisis hebben moeten toevoegen aan de staatsschuld.

We stellen tevens voor een reserve aan te leggen van reserve-intensivisten, reserve-ic-verpleegkundigen en reserve-ondersteuners die los komt te staan van de reguliere ziekenhuiszorg. Het gaat om reservegebouwen met reservebedden, reserveapparatuur, reservebeschermingsmiddelen en reservegeneesmiddelen. Deze zorgcrisisreserve wordt in geval van een pandemie, ramp of terroristische aanslag als eerste voor deze patiënten ingezet. Pas als de zorgcrisisreserve overloopt, wordt er een beroep gedaan op de reguliere ziekenhuiszorg, die tot die tijd op volle kracht kan doorgaan met de reguliere ziekenhuiszorg voor bijvoorbeeld andere patiënten. We draaien de zaken dan ook om: de zorgreservisten worden niet pas ingezet als zorgmedewerkers door langdurige overbelasting uitgeput raken en reguliere ziekenhuiszorg langdurig is afgeschaald, maar worden direct ingezet, waardoor de reguliere zorg zo lang als mogelijk kan doorgaan. Pas als de crisisreserve overloopt, komen zij in beeld.

Elk jaar verlaten zo'n 100.000 zorgprofessionals definitief de zorg. Velen gaan ook met pensioen. Hen willen we actief benaderen om zorgreservist te worden. Het gaat zowel om artsen en BIG-geregistreerde verpleegkundigen als ondersteuners. Met een jaarlijkse bijscholing blijven ze in een bestand staan, zodat we een beroep op hen kunnen doen als de nood aan de man is. De leden Wilders en Heerma dienden op 4 november 2020 en op 10 maart 2021 twee Kamerbreed aangenomen moties in om te komen tot een nationale reserve zorgverleners. We danken de regering voor het tot uitvoering brengen van die moties. Zoals zojuist aangegeven, denken de indieners wel iets anders over hoe en wanneer de reservisten het best kunnen worden ingezet. Misschien is het ook wel goed dat we daar nog wat langer over kunnen nadenken. Gelukkig ligt het definitieve plan van de regering er nog niet en kunnen we daar op dit moment nog aan bijdragen met toevoegingen en andere inzichten.

Daarnaast stellen de indieners voor om essentiële apparatuur, beschermingsmiddelen en geneesmiddelen in eigen land te produceren en in eigen beheer te beheren. Een speciaal gezant geeft dan leiding aan de GHOR en de veiligheidsregio's, en is verantwoordelijk voor de capaciteitsplanning.

Dan kom ik bij de specifieke vragen. Mevrouw Maeijer van de PVV vraagt waarom niet de hele acute zorgketen een NEDAB zou worden. Ons voorstel heeft betrekking op acute situaties, bijvoorbeeld een ramp, een pandemie of een terroristische aanslag. In dat geval vallen de acute verloskunde en de acute ggz niet onder de crisissituatie. Daarom heb ik ook niet voorgesteld dat alle onderdelen van de acute zorg een NEDAB worden.

Volgens mij vroeg mevrouw Maeijer ook wat ik vind van de resultaten van de verkenning. Volgens mij doelt ze dan op het uitvoerige rapport, de adviesnotitie, van de Nationale Zorgreserve van 5 oktober 2021. Dat is erg behulpzaam geweest. Het kwam na de indiening van mijn initiatiefnota, maar het grappige is dat ik er daarna nog heel veel aan heb gehad. Ze constateert een groot verschil met de hier genoemde 2.000 reservisten en de in onze nota genoemde 15.000 reservisten. Dat is inderdaad een heel groot verschil, maar ik heb het volgende willen voorrekenen met deze zinsnede in de financiële paragraaf. Het is een hypothese. Dat had ik duidelijker moeten omschrijven. Als we de voorbije periode een zorgcrisisreserve hadden gehad van bijvoorbeeld 1.500 ic-bedden, 3.000 klinische bedden en 15.000 reservisten, dan had de reguliere zorg niet afgeschaald hoeven worden. Dat is precies wat we nodig hadden gehad om de allergrootste golf te ondervangen, maar ik weet ook wel dat wij niet in de toekomst kunnen kijken.

Dat zeg ik ook in de richting van de heer Van Wijngaarden, die vroeg: wat heb je nou precies nodig? Dat weten we niet voor toekomstige situaties. Hier heb ik de som gemaakt hoe groot de reserve had moeten zijn om de eerste golf op te kunnen vangen. Dan heb je het over 24 uurszorg. Dan

heb je het over medewerkers die iedere 8 uur moeten worden afgelost en 24 uur achter elkaar doorgaan, ook op zaterdag en zondag. Er is uitval. Je hebt ondersteuners nodig. Daarom kwam ik op zo'n heel hoog aantal dat je nodig had gehad om tijdens de allerhoogste piek niet te hoeven afschalen. Dat is dus een hele grote uitdaging. Hiermee probeer ik ook inzichtelijk te maken dat als we nooit meer willen afschalen – dat willen we met z'n allen – we voor de crisis die we hebben gehad, een hele grote hoeveelheid extra mensen nodig hadden gehad. Die hebben we niet. Dat zegt natuurlijk niets over toekomstige crises. Ik kan niet in een glazen bol kijken, maar ik zie wel dat we dit niet hadden. We hadden geen zorgcrisiscultuur. Daarom lijkt het me heel verstandig om – ik weet niet in welke orde van grootte – een zorgcrisisstructuur aan te gaan leggen. Had er iemand een vraag?

De voorzitter:

Ja, er was een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik deel de urgentie van mevrouw Agema als het gaat om de zorgreserve, want die maakt dat we wat makkelijker kunnen meebuigen. Maar ik zou me ook kunnen voorstellen dat de geleerde lessen van de coronapandemie heel waardevol zijn voor de zorgreserve. In het begin hebben we namelijk bijvoorbeeld heel weinig mensen thuis behandeld met zuurstof. Later ging dat wel. Ik ben benieuwd hoe u daarnaar kijkt.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat hebben we inderdaad gezien. Aan het einde kon een 0,5% meer thuisblijven in de laatste situatie. Ongeveer 2% van de mensen had ziekenhuiszorg nodig en in de eindsituatie kon 0,5% thuisblijven met behulp van zuurstof thuis. Ook dat is natuurlijk van invloed, maar het gaat wel over deze pandemie en deze crisis, waarmee we na twee jaar en heel veel wijsheid steeds beter zijn omgegaan. Het blijft heel erg moeilijk om een slag in de lucht te doen over hoeveel reservisten en hoeveel bedden je nodig hebt, maar we hadden ze niet. Mijn pleidooi gaat vooral over het aanleggen van een zorgcrisisreserve, zodat je in de toekomst bij wat voor ramp of toestand dan ook met een crisisreserve kan beginnen in plaats van dat je direct te maken krijgt met afschaling.

De voorzitter:

De tweede vraag, mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Een korte vervolgvraag. Is een van de lessen die wij leerden uit de coronacrisis niet dat het ziekenhuis niet altijd de oplossing is voor de vraag die er is? Zou het zo kunnen zijn dat de oproep die wij delen betrekking heeft op de hele breedte van de keten, dus niet alleen op ziekenhuiscapaciteit, maar ook op thuiszorg en verpleeghuizen? Ik noem maar twee varianten in de keten.

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, daarin zien we hele grote verschillen tussen de vier golven. Het overkwam ons heel erg in de eerste golf en toen waren we heel erg bezig met de persoonlijke beschermingsmiddelen. Later, toen er bij de vierde golf wat meer grip op de zaak kwam, konden de wijkverpleging en de wijkzorg juist mensen thuis gaan helpen. Daar zie je een hele grote evolutie in. Maar ik denk dat we ook voor nieuwe uitdagingen toch naar een crisisreserve toe moeten om de eerste klap beter te kunnen opvangen, zoals we dat hebben gemerkt, vooral tijdens de eerste golf.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met de beantwoording.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben gebleven bij het calamiteitenhospitaal in Utrecht. De heer Van Wijngaarden vroeg daar ook naar. Ik had dat graag eerder ingezet zien worden tijdens de coronacrisis, als het gaat om een zorgcrisisreserve. Als we die zorgcrisisreserve uit de marktwerking halen, kunnen we bijvoorbeeld kijken naar de op handen zijnde sluiting van het Bronovoziekenhuis. Willen wij dat niet houden, buiten de marktwerking plaatsen en inrichten als een calamiteitenhospitaal? Hadden we Utrecht niet eerder moeten inzetten? Ik denk het wel, maar dat kon op dat moment niet omdat we geen reservistenpool hadden. Het was een hele gekke situatie geweest om allerlei medewerkers uit andere ziekenhuizen naar het calamiteitenhospitaal over te sluisen terwijl ze moesten werken in het ziekenhuis waarin ze werkten. Daarom zegt dit voorstel: legt een reserve aan van mensen die je in een calamiteitenhospitaal aan het werk kunt zetten en die dus niet ergens anders werken.

Het CDA overweegt om misschien ook spoedeisendehulpdiensten toe te voegen aan de niet-economische diensten van algemeen belang. Daar ben ik het CDA zeer dankbaar voor. Ik denk dat dat heel belangrijk is, zoals ik ook in de initiatiefnota betuig. Maar ik zou haar misschien ook kunnen overtuigen om de persoonlijke beschermingsmiddelen toe te voegen aan de NEDAB, omdat ze ook het hele goede voorbeeld geeft van de sociale werkvoorziening waar de mondkapjes werden gemaakt. Het heeft best heel lang geduurd voordat dat op stoom was en nu niet meer, omdat ze weer goedkoper worden ingevoerd uit China. Dan zie je weer het marktwerkingsmechanisme. De persoonlijke beschermingsmiddelen zijn van niemand en dus krijg je: als ik het voor minder uit China importeer, dan ga ik het weer uit China importeren als zorgonderneming. Zo'n prachtig initiatief sterft dan weer een trieste dood. Dat is eigenlijk heel jammer. Je zou dat soort initiatieven eigenlijk willen houden. Ze hoeven echt niet honderden miljoenen mondkapjes te produceren. Je krijgt spontaan te maken met een crisissituatie en heb je dan je spullen of niet? Ik hoop dat mevrouw Van den Berg over te halen is om in ieder geval van de persoonlijke beschermingsmiddelen een NEDAB te maken.

Dan de 1,25 miljoen minder doorverwijzingen, waarvan een deel schadeloos verdampt is. Mevrouw Van den Berg noemde dat net. Ik denk dat ze daar gelijk in heeft. Ik heb ook weleens grappend bij de interruptie-microfoon gezegd dat ik daar zelf ook bij hoor. Ik had me twee jaar geleden al willen laten doorverwijzen voor de allergie die ik heb en de problemen die ik daarmee heb, maar ik dacht: coronacrisis, dus daar ga ik nu de acute keten niet mee belasten. Maar nu twee jaar later denk ik: had ik het misschien wel moeten doen? Je krijgt dan namelijk last van allerlei andere klachten. Ik denk dat een heleboel mensen hebben gedacht «mijn kwaal kan wel even wachten», zonder dat het kwalen zijn die voor eeuwig kunnen wachten. Misschien zijn er mensen met een hamerteen die toen dachten «het is nu coronacrisis, dus laat de acute mensen maar doorgaan» en nu nog steeds die hamerteen hebben. Ik denk dat een hoop van die 1,25 miljoen verwijzingen wel terug gaan komen.

We zien ook dat het voor heel veel schade heeft gezorgd dat heel veel mensen niet doorverwezen zijn. Bij 23% van de behandelingen die onderzocht zijn, is een vermindering van bijna 50.000 gezonde levensjaren bereikt. Dan hebben we het nog niet over andere behandelingen en het andere deel, maar over minimaal 50.000 gezonde levensjaren bij net een kwart van de behandelingen die op dat moment uitgesteld zijn. Denk ook aan de daling van het aantal kankerdiagnoses: 4.000 minder diagnoses. Je zou willen dat je ze niet gemist had. Of de complicaties en de sterfgevallen door uitstel van zorg, waarbij dus alleen al het TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg en Waalwijk 68 patiënten had bij wie complicaties waren vastge-

steld door uitgestelde zorg. Dus een medaille heeft meerdere kanten. Er zullen altijd wel mazen zijn en mensen die daardoorheen glijpen, terwijl ze de zorg misschien niet nodig hadden gehad. Er zullen altijd mensen zijn die iets te veel zorg vragen, maar ik denk niet dat we dat per definitie kunnen vastkoppelen aan deze 1,25 miljoen minder doorverwijzingen, omdat er heel veel haken en ogen aan zitten.

De voorzitter:

Er is toch nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben het sowieso met mevrouw Agema eens dat er heel veel verwijzingen zijn geweest, juist van mensen die veel te lang hebben moeten wachten of veel later aan de beurt zijn gekomen dan wenselijk was. Maar vindt mevrouw Agema niet met het CDA dat het wel zinvol zou zijn om daar conform het verzoek van de KNMG meer onderzoek naar te doen? Laten we dus die 1,25 miljoen beter in kaart brengen: hoeveel mensen daarvan zijn te laat in aanmerking gekomen, waar zit toch een deel dat verdampt is en wat kunnen we daarvan leren, en hoeveel mensen hebben misschien gewoon twee jaar gewacht, zoals mevrouw Agema zei, maar komen alsnog langs?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik denk dat dat heel goed is, want wij wijzen eigenlijk op snippertjes van een veel completer verhaal, mevrouw Van den Berg van de ene kant en ik van de andere kant. Ik denk dat het heel goed is als we daar meer inzicht in krijgen. Ik ben het helemaal met haar eens. Dan de speciaal gezant. België, Frankrijk, Engeland en de VS hebben een landelijke spoedzorgcoördinator. Dat komt doordat het vaak voortgekomen is uit ervaringen met nationale rampen of terreuraanslagen en situaties waarbij gelijktijdig en op verschillende locaties op grote schaal acute medische zorg nodig was. Wij hebben daar eerder al eens naar gevraagd, onder andere bij de begroting in 2017. Toen vond de toenmalige Minister dat niet van belang. Wij doen nu opnieuw een poging om dit toch weer onder de aandacht te brengen. We zouden de speciaal gezant dan verantwoordelijk maken voor de landelijke planning van de onderdelen van de acute zorgketen, die in het geval van een ramp in werking worden gesteld. Die gezant brengt dus de behoefte in beeld en zet in op het vergroten van de toeleveringsopties en de productie van die beschermingsmiddelen en de genees- en hulpmiddelen. De gezant heeft ook een coördinerende functie bij de besluitvorming. De besluitvorming kan nader worden bepaald door ons, maar de gezant doet dan het voorstel en legt ook verantwoording af aan de Minister van VWS. Het interessante is ook dat uit gesprekken en uit adviezen van geraadpleegde partijen is gebleken dat als het gaat om een nationale zorgreserve, de praktijk dus ook vraagt om een bevelstructuur met een centrale aansturing, doorzettingsmacht, een nationale regie en de mogelijkheid om snel op en af te schalen. Uit adviezen van geraadpleegde partijen blijkt ook dat er behoefte is aan zo'n speciaal gezant. Daarom leek het mij ook handig om dat op te nemen in een initiatiefnota. Goede initiatieven moet je altijd oppikken, vandaar.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Zoals we aangaven, zijn we het helemaal met mevrouw Agema eens dat er in een crisis meer regie moet zijn. Of die spoedzorgcoördinator de oplossing is, horen we ook graag van de Minister. Maar wat ik van mevrouw Agema graag wil horen: ze verwijst naar België, Frankrijk en het

VK, maar die hebben een andere organisatie van de zorg. Moet om die spoedzorgcoördinator effectief te laten werken dan ook de Minister, ik noem maar iets, meer de regie krijgen op de GGD? Die waren nu allemaal zelfstandig en dat hielp toch niet echt, zeg ik maar.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mevrouw Van den Berg heeft er inderdaad helemaal gelijk in dat andere landen hun zorgstelsels op een compleet andere manier hebben ingericht en dat er ook hele andere redenen kunnen zijn waarom ze al zo'n speciaal gezant hebben. Maar bij ons is nogal veel regionaal georganiseerd. In ons stelsel is heel veel regionale afstemming. We zagen in de crisis – dat las ik ook in een stuk waarin volgens mij Hugo de Jonge terugblikte – dat wij toch wel heel veel regionaal hebben georganiseerd en dat je dus eigenlijk – dat is niet wat hij zei, hoor, maar dat is ons voorstel – daarboven een helikopter wil hebben die boven de regio's kijkt wat nodig is en ook kijkt waar in de regio's zwakke plekken zitten. Ik heb de Minister van VWS er ook eerder over gehoord dat hij eigenlijk heel goed de persoonlijke beschermingsmiddelen in orde had voor het ziekenhuis waar hij verantwoordelijk voor was en pas later dacht: hoe zit het eigenlijk met de rest van de instellingen in mijn omgeving? Daarom had ik het idee van een speciaal gezant die daarvoor verantwoordelijk is en die daarop het oog kan houden. Die valt natuurlijk alsnog onder de Minister, die dan weer door ons bevestigd kan worden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg, uw derde vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik herken wel wat mevrouw Agema schetst, namelijk dat je behoefte hebt aan een overkoepelende blik bij die regionale indeling. Maar dat kan dus ook betekenen dat wij in een crisissfeer misschien een andere verhouding moeten hebben tussen de Minister en de GGD, dus dat het aanstuuringsmechanisme anders is. Daar zou ik graag nog een reflectie van mevrouw Agema op willen horen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik denk dat mevrouw Van den Berg daar ook wel gelijk in heeft, maar wij hebben gezien dat de regionale structuur zoals wij die hebben, op het moment dat er paniek ontstaat ook wel heel traag en stroperig is. Dus niet zoals het normaal werkt, want normaal werkt het eigenlijk hartstikke goed. Maar als je een nationale crisis hebt, dan komt de informatie toch moeilijker naar boven en ontstaan er problemen in de regio's. Toen moest bijvoorbeeld ook het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding, waar de huidige Minister de voorzitter van was, worden opgericht. Dat bestond niet. Het moest nog worden opgericht om de spreiding van de patiënten te organiseren. Dus ik denk dat het goed is als we in de plannen die we gaan maken voor toekomstige crisissituaties, in ieder geval meenemen of het niet beter is dat we iemand hebben die daar de leiding over heeft, een speciaal gezant.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik herken heel erg wat mevrouw Agema zegt over coördinatie en spreiding. Ik werkte in de eerste golf in een ziekenhuis vlakbij de grens met Duitsland. Daar werkten we al heel veel mee samen. Tijdens de crisis bleek het opeens heel moeilijk om die samenwerking te continueren. Ziet u voor zich dat we, waar het gaat om dat spreidingsvraagstuk, ook kijken naar de landen om ons heen en de samenwerking intensiveren?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, natuurlijk. Ik ben dolblij dat op een gegeven moment, toen bij ons de nood heel hoog was, patiënten een ziekenhuisbed konden krijgen in Duitsland. Maar ik vind wel dat we onze zaakjes beter op orde moeten hebben voor het moment waarop Duitsland zegt: ik doe het niet meer. Duitsland blokkeerde op een gegeven moment ook de export van mondkapjes. Ik ben heel erg bang dat in tijden van crisis, zoals we dat eigenlijk hier ook hebben gezien, in geval van een ramp van een andere orde of die we niet goed kunnen overzien, andere landen niet behulpzaam zijn en niet willen bijspringen. Dan zou ik het toch wel zelf beter op orde willen hebben.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, de vierde vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ook dat ben ik met mevrouw Agema eens: we moeten goed voorbereid zijn op een crisis. Maar ik kan me ook voorstellen dat een deel van die voorbereiding juist al zit in betere Europese samenwerking, want voor veel patiënten is een ziekenhuis in Duitsland dichterbij dan het ziekenhuis in Groningen. Ik kan me voorstellen dat dat ook in Zeeland, Limburg en wellicht in Twente het geval is. Deelt u met mij dus een beetje de insteek dat we juist nu beter zouden moeten samenwerken over de grenzen heen om crisisbestendig te zijn?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dan neem ik ook meteen de andere vragen hierover van mevrouw Paulusma mee. Zij wil naar aanleiding van de crisis heel graag meer Europa en meer samenwerking, maar we hebben toch gezien dat er, toen het misging, helemaal niet zo goed samen werd gewerkt in Europa, maar ook daarbuiten. Je ziet ook dat heel veel landen gewoon hele gekke dingen hebben gedaan. Zij begonnen echt te vechten om hun eigen producten en hun eigen apparaten. Ik heb hier bijvoorbeeld een citaat uit een artikel: «Countries including the US, France, and Turkey have been accused of confiscating shipments, holding on to supplies, and last minute outbidding each other in an escalating war for supply goods. One German official noted that US efforts to secure a shipment of face masks from China destined for Germany smacked of methods from the Wild West.» Er ontstonden dus wildwesttoestanden, ook tussen Europese landen, zoals Frankrijk en Turkije. Ik heb in stukken ook Duitsland en Italië gezien. Op het moment dat de nood aan de man is en dat in je eigen land mensen op de gangen van ziekenhuizen terecht dreigen te komen, gaan er toch mechanismen spelen waarmee het ieder voor zich wordt, ook terwijl je onderdeel bent van de Europese Unie. Ik vond het goed dat Bruno Bruins, de oud-minister, zijn collega's hierop aangesproken heeft en opriep tot solidariteit, maar intussen gebeurde het gewoon wel dat er echt gevochten werd om beschermingsmiddelen. Duitsland hield ook beademingsapparatuur als eerste voor zichzelf. Het is dus heel nobel, maar als de nood aan de man is, zie je in de praktijk eigenlijk toch andere dingen gebeuren. Daarom zou ik ervoor pleiten om onze eigen zaakjes op orde te hebben. Dan kun je altijd anderen helpen. Als je zelf te veel van iets hebt, kun je altijd nog een ander helpen, maar wij waren een van de landen die overal te weinig van hadden.

De **voorzitter**:

Er is toch nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, mevrouw Paulusma fluistert iets naar me wat mijzelf ook boeit. U zegt iedere keer: dit is uw zoveelste vraag. Wij hadden het gevoel dat wij

onbeperkt vragen mochten stellen. Dat willen wij graag gecheckt hebben om te voorkomen dat we niks meer voor de Minister hebben.

De voorzitter:

Ik heb van tevoren inderdaad niet afgesproken hoeveel interrupties er zijn toegestaan; dat klopt. Ik heb in de procedurevergadering mevrouw Agema ook beloofd dat we het niet zouden afraffelen. Ik wil dus graag de gelegenheid geven, maar ik wil wel vragen of u zichzelf een beetje wil beperken en niet eindeloos vragen wil stellen.

Mevrouw Agema (PVV):

Mevrouw Paulusma had echt nog veel meer vragen gesteld. Zal ik die anders nog even nalopen, waarna mevrouw Paulusma nog de kans krijgt?

De voorzitter:

Dat lijkt me een uitstekend idee.

Mevrouw Agema (PVV):

Mevrouw Paulusma mist preventie in de initiatiefnota. Dat klopt; daar heb ik bij de initiatiefnota geen rekening mee gehouden. Ik begrijp heel goed dat er in de samenleving die we hebben, met preventie echt nog ongelofelijke vooruitgang geboekt kan worden. Er zijn ontzettend veel mensen van wie we houden en die wel wat overgewicht hebben en daardoor ook risicogroepers worden, terwijl ze geen hoge leeftijd hebben maar wel een slechte leefstijl. Ik heb daar ook gesprekken over gevoerd in mijn omgeving. Ik denk dat dat ook een manier is om dit soort dingen bespreekbaar te maken. We kennen allemaal in onze omgeving wel mensen met een slechte leefstijl, die daardoor ook behoren tot de groep met grotere risico's. Dat is op allerlei terreinen aan de orde: hart- en vaatziekten en ook kanker, dat ook vaak in verband wordt gebracht met leefstijlgerelateerde gewoontes. Maar ik heb me willen richten op de situatie zoals die op ons af is gevlogen, met een heleboel Nederlanders die heel sportief zijn en heel gezond eten en een heleboel Nederlanders die dat niet doen. Ik heb wel gemerkt dat mensen met een slechte leefstijl tijdens de coronapandemie niet ineens gezonder zijn gaan leven. Er stonden echt dozen vol met lege flessen naast de glasbak bij de supermarkt. Ik had de indruk dat er vooral tijdens de eerste lockdown echt heel veel meer gedronken werd. Ik hoop dat we met goede voorlichting veel meer mensen weten over te halen tot een gezonde leefstijl, maar ik heb het hier niet benoemd, omdat ik me wilde richten op dat wat ons overkomen is, op de situatie zoals die was.

Dan het voorkomen van het krijgen van corona. We hebben een hele poos aangegeven dat long covid en het herstel naar opname heel zwaar kunnen zijn. Dat hebben we als samenleving heel lang gedaan. Dat was ook de insteek voordat de vaccins er waren: er zo veel mogelijk voor zorgen dat mensen geen corona krijgen. Inmiddels zitten we wel in de situatie dat corona niet meer weggaat. We zitten ook in de situatie dat het endemisch is geworden en de meeste mensen het meerdere keren per jaar zullen krijgen. Dat is een andere situatie dan de situatie van het per definitie voorkomen van corona. We zullen daar dan ook op een andere manier mee omgaan. Ik heb daarin ook de wijsheid niet in pacht hoor – en ik denk de Minister ook nog niet – maar dat vergt een andere aanpak. Het per definitie willen voorkomen van corona is immers iets anders dan corona als ziekte die onder ons is en niet meer weggaat.

Wij zien de eerste aanzetten voor de toekomst en zien dat er in die toekomstbeelden onvoldoende rekening mee wordt gehouden dat wij ons in een andere situatie bevinden dan toen nog niemand corona had gehad. Ik denk dat daar in de langdurige visie ook naar gekeken moet worden. Dat moet goed verankerd worden.

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Paulusma niet beantwoord.

Mevrouw Agema (PVV):

Mag ik eerst nog even iets zeggen? Het was natuurlijk niet mijn bedoeling om Chinezen als groep te discrimineren. Het is wel zo dat we weten dat COVID-19, de coronacrisis, is begonnen in Wuhan. We kennen natuurlijk allemaal de lab leak theory. Het voorlaatste nieuws was dat die nog levend gehouden wordt. In het laatste rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie houden ze toch nog steeds als eerste rekening met een uitbraak op de dierenmarkt, dus met een zoönose. Onze collega's van de Partij voor de Dieren brengen ook altijd naar voren dat corona echt een zoönose is. De zin in de nota was grappig bedoeld, maar als mevrouw Paulusma daar aanstoot aan neemt, dan spijt me dat. Het was niet mijn bedoeling om haar voor het hoofd te stoten. Het was voor mij een grapje. Maar heel veel dingen kunnen tegenwoordig niet meer, die zijn te gevoelig. Dus bij dezen.

Dat was volgens mij wat ik nog in de richting van mevrouw Paulusma moest zeggen.

De voorzitter:

U heeft nog een vraag, mevrouw Paulusma?

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank voor dat laatste, mevrouw Agema. U zei dat ik gezegd zou hebben dat we moeten proberen om corona zo veel mogelijk te voorkomen. Mijn punt was dat we moeten proberen om ic-opnames zo veel mogelijk te voorkomen. Ik snap net als u dat corona onder ons is en dat er wellicht wel weer een andere variant komt, maar mijn pleidooi was erop gericht dat we ic-opnames zo veel mogelijk moeten zien te voorkomen. Dat maakt ook dat mensen minder ziek zijn en zo'n ic-bed dan niet nodig hebben.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik denk dat we daar als land heel goed mee op weg zijn, maar dan ga ik op de stoel van de Minister zitten. Volgens mij ligt het aantal bezette ic-bedden al een heel aantal weken rond de 100. Nu alles vrij is gegeven, hebben we wel een hele hoge piek gezien in het aantal besmettingen en positieve testen, maar is de ic-bezetting juist steeds lager geworden. Ik weet niet wat er nog kan gaan gebeuren. Toen corona net uitbrak, had niemand nog antistoffen. Het was een nieuw virus. Ik begrijp dat uit onderzoeken van onder andere de Bloedbank is gebleken dat 98% van de mensen inmiddels antistoffen heeft. Er zijn vaccins die mensen die kwetsbaar zijn, kunnen krijgen. Er is wel een probleem dat er nieuwe vaccins voor nieuwe varianten gemaakt moeten worden. Maar ook dat zullen we zien. Ik zie wel dat de situatie nu eigenlijk heel erg onder controle is wat deze pandemie betreft. Ik hoop dat de mensen die langdurig ziek zijn, ook licht aan het einde van de tunnel gaan zien, dat het met hen ook steeds beter gaat. Veel van die mensen stonden vooraan. Die hadden tijdens de eerste golf geen beschermingsmiddelen en geen vaccins, maar hebben wel iedereen geholpen. Ik vind het echt heel jammer dat juist die mensen vaak tot de longcovidgroep behoren. Ik vind het echt heel erg spijtig dat dit is gebeurd. Dus ik hoop wat dat betreft op een goede wending voor de mensen die ziek zijn geworden.

De voorzitter:

Gaat u verder met de beantwoording.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik kijk even wat er nog is blijven liggen aan opmerkingen van de VVD. Ik heb het er al een paar keer over gehad: een volgende crisis kan van een

heel andere orde zijn. Daarom is mijn voorstel echt een hypothese in de financiële paragraaf. Als wij in de afgelopen periode een soort crisisreserve hadden gehad van bijvoorbeeld 1.500 ic-bedden, 3.000 klinische bedden en 15.000 reservisten, dan had de reguliere zorg niet afgeschaald hoeven te worden.

Welke inschatting we kunnen maken, en of er nog een coronavariant komt die ineens heel dodelijk is en dwars door alle vaccins heen gaat – ik denk dat dat de kopzorg is van elke Minister – daar heb ik natuurlijk ook geen pasklare oplossing voor. Mijn pleidooi met de initiatiefnota is om beter voorbereid te zijn op toekomstige crisissituaties, omdat we dat als gevolg van de marktwerking eigenlijk niet waren. Een ic-bed kost € 881.000 per jaar en de bedbezetting is ongeveer 80%. Wat krijg je dan? Dan zaten de ic-verpleegkundigen, zoals de heer Gommers ook al een aantal keren heeft verzucht, maar niets te doen. Nou, dat geloof ik sowieso al niet echt, want je kunt dan altijd nog andere dingen ondernemen om je eigen organisatie te ondersteunen.

In de jaren voor de crisis is er door de hoofdlijnenakkoorden veel goeds gedaan, want die hebben inmiddels zo'n 12 miljard euro opgeleverd. Ik denk dat de eerste 8 à 9 miljard euro door niemand zijn opgemerkt, terwijl wij er allemaal hartstikke blij mee waren. Maar toen zijn we wel terechtgekomen in een andere cultuur. Vanaf 2017 is er een omslagpunt gekomen. Ook het CPB heeft gezegd dat vanaf dat moment ook de kwaliteit van zorg in het geding kwam, omdat sommige marges gewoon te krap werden. Dan is een heel duur intensivecarebed een bed dat er gemakkelijk uit gedrukt wordt.

Daarom is mijn voorstel om spoedeisende hulp, de ic's en de beschermingsmiddelen uit de marktwerking te halen en die te verklaren tot niet-economische dienst van algemeen belang, zodat er ook een planning komt op wat wij nu nodig hebben, net zoals we dat nu al doen bij de ambulancedienst.

Dan het dijkenmodel. Ik heb daarover iets op papier, maar dat kan ik zonder bril niet lezen. Ik zat gisteravond in een restaurant en daar kon ik voor het eerst de menukaart niet lezen. En ik ben nog maar 45! Ik zal dat zo meteen nog even bekijken.

De financiële kaders. Het plaatje dat ik net opnoemde, zou, met alle bedragen die ik kon vinden, uitkomen op 2 miljard euro per jaar. Zie de initiatiefnota op pagina 5 onderaan. Maar dat is tegelijkertijd zorg die niet in het ziekenhuis gegeven hoeft te worden. Dus daar moet nog een heel groot bedrag van afgetrokken worden, waarvan ik de orde van grootte niet ken. Ik weet dus ongeveer wat het kost, maar ik weet niet wat het uitspaart.

De 300 miljoen die je nodig hebt om je gebouwen leeg te laten staan en je mondkapjes en dergelijke op orde te hebben, is een structureel bedrag. Dat bedrag is ongeveer even groot als het bedrag dat gereserveerd is voor de pandemische paraatheid. Ik hoop dat een aantal punten van deze initiatiefnota een plek kunnen krijgen in het plan voor de pandemische paraatheid; dan heb ik daar meteen ook een dekking voor geregeld.

Dan de drie dijken. Dijk 1. Ruimere voorraden bij de zorginstellingen zelf. Dat lijkt me hartstikke goed. Dijk 2. Ruimere centrale voorraden, waaronder bij leveranciers. Ook dat lijkt me goed. Dijk 3. De stand-byproductie in of dichtbij Nederland. Daarbij heb ik ervoor gepleit om dat vooral in Nederland te doen, omdat landen ten tijde van crises – wij hebben dat gezien in Europa, ook in de landen dicht bij ons – de mondkapjes en dergelijke voor zichzelf hielden en ook export niet meer toestonden. Dus ik denk dat we dat gewoon zelf moeten doen. Die ijzeren voorraad aanleggen lijkt mij hartstikke goed. Volgens mij hadden we vroeger ook een ijzeren voorraad en ik denk dat het hartstikke goed is om die opnieuw aan te leggen. Daarin zit een overlap met wat wij voorstellen. Een ijzeren voorraad is natuurlijk onderdeel van de reservecapaciteit. Volgens mij was dat het.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema, voor de beantwoording. Dan geef ik snel het woord aan Minister Kuipers voor de beantwoording van de vragen op zijn terrein.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Voordat ik met mijn inleiding begin, geef ik even aan hoe wij de taken verdeeld hebben. Ik zal ingaan op de vragen en opmerkingen over de capaciteit en de inrichting van de zorg, leveringszekerheid en productiezekerheid en de pandemische paraatheid. Mijn collega, Minister Helder, zal alles beantwoorden ten aanzien van personeel en zorgreserve.

Voordat ik begin, en dan spreek ik mede namens Minister Helder, wil ik mevrouw Agema en de heer Wilders heel graag bedanken voor dit initiatief, want dat raakt aan een belangrijk punt. Hoe trekken we nou de juiste lessen uit wat ons de afgelopen twee jaar overkomen is en hoe we daarop gereageerd hebben? En hoe zorgen we dat we in de toekomst beter voorbereid zijn? Dat laatste is eens te meer relevant omdat ... Je zou kunnen zeggen dat we dit hebben opgevangen en dat het passé is, maar zoals mevrouw Agema al aangaf, is het om te beginnen zo dat, ook al is de situatie ten aanzien van corona, covid en de pandemie op dit moment naar verhouding, ten opzichte van wat we in de afgelopen twee jaar meegemaakt hebben, heel gunstig, we niet kunnen uitsluiten dat er een kans is dat er, hetzij door afnemende immuniteit, hetzij door de komst van een nieuwe variant, hetzij door beide, op enig moment toch weer een andere situatie ontstaat. Dat is één. Het tweede is dat we ondertussen wel iets hebben geleerd. We dachten altijd: je oefent voor een pandemie, maar een echte pandemie hebben we in Nederland al honderd jaar niet gehad, dus dat kan nog wel een tijd duren. Maar ondertussen zijn we echt met de neus op de feiten gedrukt. We moeten er rekening mee houden dat het op enig moment – niemand weet wanneer – weer kan gebeuren en dat we dan beter voorbereid moeten zijn. Veel dank dus. Het is echt relevant en ook met deze discussie is het laatste nog niet gezegd over dit onderwerp. Eerst even een inleiding, voorzitter. We hebben in Nederland om allerlei redenen een zorgsysteem waar we trots op kunnen zijn, als je er als Nederlander of misschien als buitenlander naar kijkt. We hebben tussen de 1,2 en 1,3 miljoen bevlogen mensen en een systeem dat primair gebaseerd is op publieke financiering, solidariteit en gelijke toegang voor iedereen. We hebben daar ook een prachtige infrastructuur voor. Misschien mag ik nog één ander punt noemen. Dat waarderen we hier regelmatig niet voldoende, maar buitenlanders zijn zich daar wel degelijk van bewust: we hebben ook een geografie die zich leent voor fantastische zorg, met een klein, dichtbevolkt land, zonder grote geografische barrières. In essentie is overal dus alles dichtbij, zeker ten opzichte van de buitenlandse blik. Daarbij hebben we een systeem met private zorgaanbieders en zorgverzekeraars die hun taken moeten verrichten onder of binnen publieke randvoorwaarden, met nadrukkelijk verschillende toezichthouders, zoals IGJ, NZa en ACM, en een Zorginstituut dat daar verder aan bijdraagt door middel van pakketbeheer en kwaliteit. Dat is op zich fantastisch geregeld en in de loop van vele jaren ontstaan, maar er is ook een situatie waarbij dat systeem tegen zijn grenzen aanloopt. Dat geldt eens te meer in acute zorgcrises, zoals de pandemie ons toonde, want dan blijkt dat in een systeem waarin iedere zorgaanbieder zelfstandig is, samenwerken tijdens een crisis, zoals een pandemie, niet vanzelfsprekend is. In essentie is er, op het moment dat het nodig is, voor vrijwel niemand ... U hebt daar terecht verschillende vragen over gesteld; mevrouw Agema noemde het ook. Het mandaat ontbreekt; een heldere structuur ontbreekt. In mijn vroegere rol, waarin ik regelmatig met een prachtige titel «de beddenbaas» werd genoemd, heb ik vaak gezegd:

de beddenbaas gaat nergens over; het is alleen maar het vragen om samenwerking en capaciteit elders. Zo hebben we het ingericht. Als we ons op twee dingen richten – het onderwerp komt later ook zeker terug in andere debatten – dan zijn dat, heel breed: het bevorderen van samenwerking, zo nodig met heldere mandaten, en het waarborgen van de acute zorg en het garanderen dat, ook als de druk op de acute zorg toeneemt, reguliere of geplande zorg zo veel mogelijk doorgang kan vinden. Het zijn altijd wat moeilijke termen: «gepland», «regulier», «acuut» en «niet acuut». We realiseren ons dat feitelijk, ook al weet je het niet van de individuele patiënt, heel veel van de acute zorg in termen van aantallen patiënten en karakter van de patiënten wel degelijk heel erg voorspelbaar en daarmee planbaar is. Een vrijdagavond is op een spoedeisende hulp drukker dan een woensdagochtend. Ik zie mevrouw Paulusma ja knikken. In die zin is het gepland, ook al weet je niet welke individuele patiënt komt, want er is geen afspraak. We moeten dus zorgen voor een betere samenwerking en een betere toegang tot goede acute zorg, waarbij we de reguliere zorg ook zo veel mogelijk overeind houden. U hebt mijn brief over de langetermijnaanpak gezien, met bredere doelstellingen dan alleen de zorg. Zo moeten we er middels zowel capaciteitsuitbreiding als zorgregie en andere zaken op inzetten dat we zo veel mogelijk continuïteit van zorg hebben. Kun je daarbij garanderen dat er op geen enkel moment meer reguliere zorg moet worden afgeschaald? Nee, dat kan ik helaas niet, om de redenen die ik zonet heb genoemd. Die heeft mevrouw Agema terecht ook al benoemd.

Daarmee kom ik bij de beantwoording van de vragen. Ik begin met marktwerking en capaciteit. De focus lag allereerst – dat is ook heel begrijpelijk; zo is het eerder in het publieke debat ook vaak gegaan – op de intensive care en op intensiverebedden. We realiseren ons heel goed dat dat slechts één voorbeeld is van de capaciteit die heel breed nodig is. Dat is capaciteit op een huisartsenpost, in de eerste lijn. Het zijn eerste-lijnsbedden. Dat is capaciteit in de wijkzorg. Het zijn klinische bedden, et cetera. Het gaat dus om een heel brede capaciteit. Maar de intensive care is vaak een goed vast te pakken punt, ook omdat het om nadrukkelijk vastgelegde aantallen gaat.

Laat ik dan eerst even als inleiding iets zeggen over de discussie – dat is niet bedoeld als semantiek, maar het kwam hier ook voorbij – over structureel versus flexibel. Ik denk dat wij allemaal delen dat het gaat over beschikbaarheid op het moment dat het nodig is. Laten we dat dan even als «structureel» zien. Ik gebruik even de term «beschikbaar» in plaats van «structureel», maar als u een andere term wil, dan kan dat. Bij «structureel» kan de indruk ontstaan dat we te allen tijde gewoon een x-aantal bedden ingeroosterd hebben, dat het personeel ervoor klaarstaat, et cetera. Dat is, naar ik maar even aanneem, niet waar wij naar zoeken, zeker niet bij krap en hoogopgeleid personeel.

Daarbij moet u zich voorstellen dat er vóór covid – u kent de aantallen wel; hang me niet aan op de exacte aantallen; ik rond het af – op papier ongeveer 1.150 intensiverebedden waren in Nederland. Dat wil zeggen, dat waren intensive cares die ook door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care waren gevisiteerd en waar, wat dat betreft, een oormerk voor was. Van die 1.150 waren er gemiddeld over het jaar, dus vóór covid, ongeveer 1.050 in gebruik, beschikbaar, ingeroosterd. De bezetting daarvan betrof bij elkaar gemiddeld over het jaar tussen de 850 en 900 patiënten. De bezetting wisselde door de week. In het weekend was die altijd wat lager dan op werkdagen. In het eerste kwartaal van het jaar was het altijd wat meer dan in het zomerkwartaal. In de zomerperiode waren er zo'n 850 à 860 bezet en waren er, zoals dat zo mooi heet, zo'n 190 BOSS-bedden: Beds Open for Safety and Support. Dat is het reservebed dat je altijd beschikbaar hebt op een intensive care. Sommige ziekenhuizen hebben er één, andere ziekenhuizen hebben er, afhankelijk van hun grootte en functie, twee, drie of soms zelfs vier. Dat waren de aantallen.

Tijdens covid is dat opgeschaald: in de eerste golf tot hele grote hoogte en later tot in ieder geval 1.700 aangewezen bedden. Dat betekende een kamer, een bed, pompen, een apparaat, et cetera. Het was potentieel de gedachte over de inroosting, maar wel, zeker bij de hogere aantallen, in de wetenschap dat, als je die inroostert, als je die beschikbaar maakt, je daarmee personeel ergens anders vandaan wegtrekt. Dat kan voor een deel uit een reserve komen – ik kijk even naar de discussie die zo meteen nog kan komen – maar voor een deel is het ook gewoon personeel dat je weghaalt van de ok, de spoedeisende hulp, een neonatologie-ic of ergens anders vandaan. Het zijn, in die zin, communicerende vaten. Ik sta hier even uitgebreid bij stil. We moeten ons realiseren dat de opschaling van het één – ik noem het voorbeeld van de intensive care, maar dat kan ook opschaling van de ok of de spoedeisende hulp zijn – uiteindelijk altijd een limiet aan personeel en op een gegeven moment de afschaling van iets anders betekent. Dat hebben we regelmatig gezien. Het zijn communicerende vaten.

Ik kom bij een vraag van mevrouw Maeijer: hoeveel ic-bedden zijn er structureel nodig? Ik paraphraseer – excuus, mevrouw Maeijer – maar dan hebben we het echt over de beschikbaarheid. Voor covid hadden we normaal gesproken het jaar rond ongeveer 1.050 ic-bedden nodig en dus ook beschikbaar. We hadden capaciteit, apparatuur en ruimtes voor 100 meer. Soms werd een deel daarvan, met name in januari en februari – denk aan influenza et cetera – meer ingezet. Nu hebben we apparatuur en ruimtes tot 1.700. Maar op het moment dat je zo ver opschaaft, dan onttrekken we personeel van elders. Omdat het, en de naam zegt het al, intensieve zorg is – meestal is het in de inroosting op sommige dagdelen bijna één personeelslid voor één bed; voor 24-uurszorg heb je dan al drie personeelsleden nodig – rooster je in naar rato van de benodigde capaciteit. Zo doen ziekenhuizen dat ook. Ik ken de getallen van vandaag niet, maar dit weekend lagen er ongeveer 100 covidpatiënten op de ic. Mevrouw Agema gaf dat terecht aan. Dan heb je een lagere capaciteit nodig. Eerder hebben we andere aantallen gezien en dan heb je meer nodig. Dat is een vrij uitgebreid antwoord, maar het gaat over het op korte termijn beschikbaar zijn. Mijn advies is als volgt, en dat gaan ziekenhuizen ook zeker doen. Structureel 1.700 inroosten in een periode waarin je dat niet nodig hebt, betekent zeer veel beslag op het personeel en bedden die dan niet gebruikt worden.

Dan is de vraag van mevrouw Van den Berg: heeft de Minister met het veld overlegd over extra ic-capaciteit? Het antwoord is ja. Dat is door mijn voorganger al uitgebreid gedaan. Daar zijn ook verschillende rapporten over verschenen, zoals u weet. In de eerdere fase hebben we daar zelfs in de aanpak rondom covid heldere definities over afgesproken. U kent die verschillende fases. Dat gebeurt in nauw overleg met het ministerie en met mij, eens te meer wanneer de capaciteit krap wordt. Dat betekent namelijk ook iets in een hogere fase. U kent die fases: 2a, 2b, 2c en 2d. Op een bepaald moment gaat het er echt om dat de Minister een verzoek om afkondiging voor een 2d-fase accordeert en toetst bij de inspectie en de NZa. Daar is dus nauw overleg over.

Mevrouw Paulusma vroeg: wilt u ic-capaciteit flexibiliseren in plaats van structureel verhogen? Ik verwijs even naar beschikbaar hebben. Idealiter, althans in mijn perspectief, alleen al vanwege de benodigde personeel, is dat iets wat je flexibel maar wel op korte termijn beschikbaar hebt. Korte termijn kan echt zijn: er gebeurt nu iets; hoeveel hebben we dan vanmiddag, vanavond, morgen of overmorgen en wanneer zitten we op het niveau dat we later nodig hebben? Dat geldt ook in een situatie waarin er heel plotseling sprake is van een incident. Dan heb je soms regionaal, misschien breder, veel nodig. In het geval van een pandemie en een toeloop gaat het nog steeds snel, maar dan heb je wel dagen tot een enkele week beschikbaar om die capaciteit in te regelen, zoals we dat de afgelopen twee jaar ook gedaan hebben.

Mevrouw Maeijer vroeg: hoe kijkt de Minister aan tegen een nationaal gezant voor de coördinatie van acute zorg? Ik dank u voor deze vraag. Ik hoorde in een discussie nog bepaalde andere taken voor de nationaal gezant, zoals de beschikbaarheid van middelen en de relatie met de zorgreserve. Ik gaf in mijn inleiding al aan dat het ons echt ontbrak aan samenwerking. Dan gaat het niet alleen om de respons op een crisis of een pandemie, maar ook om andere zaken. Het ontbrak ook aan een mandaat, wanneer dat nodig is, om die samenwerking vorm, structuur en richting te geven en – het is een lastig woord in een Nederlandse setting, maar soms is het echt nodig in een crisis – af te dwingen. Dat is een onderwerp waar we nu nadrukkelijk mee bezig zijn. Daar kom ik later, zowel in de discussie over de acute zorg als over de pandemische paraatheid, op terug. Zonder dat ik het nu invul, kunt u bijvoorbeeld denken aan het helderder positioneren van het mandaat en het voorzitterschap in een zorgregio. In de afgelopen periode zijn met name de ROAZ-regio's genoemd, maar ik wil niet op de discussie vooruitlopen. Ook wat betreft landelijke overkoepeling sluit ik me volledig aan bij de opmerkingen van mevrouw Agema. Soms is iets heel regionaal, maar de afgelopen twee jaar hebben we gezien dat het heel lang echt iets landelijks was. Daarbij moest continu, eigenlijk op dagelijkse basis, landelijk geschakeld worden. Ook dan heb je iemand nodig die uiteindelijk wel degelijk kan zeggen: nu gaan we dit doen.

Ik zal één voorbeeld noemen. Het kwam zonet in de discussie al even voorbij. Ik noem bijvoorbeeld de inzet om patiënten thuis te verplegen met zuurstof, medicatie en alles wat daarbij hoort, en om dan op afstand te monitoren, hetzij met hulp van de huisarts en de wijkverpleging, hetzij alleen vanuit een ziekenhuis of op een andere manier. We hebben in de afgelopen periode gezien dat terwijl sommige partijen en regio's daar al zeer druk mee waren en grote aantallen hadden, andere regio's dat nog helemaal niet deden. Dat leidde dan tot een onevenredige verdeling. Soms kwam vanuit zo'n andere regio het verzoek om patiënten over te plaatsen. Die kwamen dan in een regio waar ze veel patiënten thuis hadden. Daar keken ze dan en zeiden ze: bij ons kan deze patiënt wel naar huis, dus hoe gaan we dat doen? Dan heb je dus echt iemand nodig die kan zeggen: «Nou is het wel goed. De best practice die mevrouw Paulusma heeft uitgevonden, moet meneer Kuipers ook maar toepassen. Wanneer gaat u dat doen, meneer Kuipers?» Sorry voor deze vergelijking. Je hebt dat landelijke op een gegeven moment nodig. Dat geldt ten aanzien van de zorgpartijen. Dat geldt evenzo ten aanzien van de GGD's. U noemde dat terecht al. Ook daarvoor zijn we dus in gesprek met onder andere de veiligheidsregio's en GGD Nederland. Dan gaat het bijvoorbeeld over de functionaliteit en over de aanspraak via een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding in een crisissituatie. Ik kan er nog niet helemaal op vooruitlopen, maar ik geef hiermee aan dat er helderdere lijnen moeten komen. Daar hoort in een crisissituatie landelijke aansturing bij met een mandaat. Er is nog tijd nodig om apart de discussie te voeren over de vraag of dat dan in de persoon van een nationaal gezant of op een andere manier gebeurt, en waar we het positioneren.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

De Minister triggert bij mij even het volgende. Het is al jaren geleden dat mevrouw Diertens van D66 en ik een motie indienden of er ook gekeken kon worden naar de vele verschillende regio-indelingen. Ik geloof dat we er 10 hebben voor traumazorg. We hebben 11 veiligheidsregio's en 25 GGD-regio's. De crisis-ggz is weer anders, geloof ik. Ik heb ooit iemand horen zeggen: bijna iedere afdeling op het ministerie heeft een eigen regio-indeling. Ik vroeg me af of de Minister dat ook meeneemt. Als je mensen kent, is het vaak makkelijker om samen te werken. Als je dus heel veel verschillende overlappings hebt, bevordert dat het niet.

Minister Kuipers:

Het antwoord is: ja, dat nemen we mee. Ik herken wat mevrouw Van den Berg zegt, zonder dat ik er overigens in één keer op inzet – choose your battles – om alles precies in dezelfde regio te passen. Voor sommige dingen past het ook niet. Een regio voor een zorgkantoor is bewust van een andere omvang – dat is ook passend – dan een acute zorgregio. Daarin zoek je een zekere omvang of geografie om iets te kunnen doen. Maar het klopt helemaal. Ik illustreer het met een voorbeeld. Er bestaat geen exacte overlap tussen de acute zorgregio's en bijvoorbeeld de ambulanceregio's of de intensivecareregio's. We zijn wel een eind gekomen in de afgelopen twee jaar. Zonder dat er direct een neiging bestaat om vanuit een overheid de regio's anders in te gaan delen, kan het voor enige verdere uniformering, of in ieder geval voor het maken van afspraken over hoe we het doen, wel zo zijn dat we dan bepaalde afspraken en een bepaalde manier van schakelen verwachten, eens te meer in een crisisperiode.

Voorzitter. Mevrouw Maeijer vroeg tevens: staat de Minister achter de plannen van zijn voorganger om samenwerking te bevorderen? Zoals ik aangaf, sta ik daar volledig achter. De noodzaak is er ook, zo heeft de pandemie in de afgelopen periode aangetoond. Overigens, en wat dat betreft zal het ook verder voorbijkomen in andere debatten ten aanzien van zorg, is een nauwere samenwerking echt een van de terugkerende onderwerpen voor de komende jaren, als het aan mij ligt. Neem de geboortezorg, waar we het onlangs over hebben gehad, maar we kunnen het ook hebben over de oncologische zorg of over de zorg voor kinderen met een aangeboren hartafwijking.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg om een reflectie van de Minister op het verzoek om nader onderzoek naar dat deel van de zorgvraag dat schadeloos lijkt te zijn verdampt. Ik vind het erg belangrijk dat breed onderzoek wordt uitgevoerd rondom covid, ook naar de impact van covid op andere vormen van zorg. Wat heeft covid gedaan, wat heeft uitstel gedaan en wat heeft eventueel dat «verdampen» – het is een vreemde kreet als we het hebben over een individuele patiënt – gedaan? Overigens kennen we dat van eerdere situaties waarbij bijvoorbeeld in een bepaalde omgeving een huisartsenpost, een spoedeisende hulp of in een heel enkel geval zelfs een ziekenhuis verdwenen is. Dus ja, daar moeten we van leren. Op dit moment worden er door het RIVM en via ZonMw verschillende studies uitgevoerd naar deze impact. Ook de NZa heeft onderzocht welke zorgvraag niet heeft plaatsgevonden of welke niet meer hoeft te worden ingehaald. Ik wacht de uitkomsten van deze onderzoeken af voordat we nadere conclusies kunnen trekken.

Mevrouw Kuiken vroeg naar de acute zorg en of de Minister wil reflecteren op de stelling in de nota over de acute zorg. Ik gaf in mijn inleiding al aan dat acute zorg beschikbaar moet zijn en van goede kwaliteit moet zijn. In februari van dit jaar heb ik uw Kamer al een aantal uitgangspunten gestuurd voor de toekomst van de acute zorg. Voor het zomerreces ben ik van plan om met een uitwerking van deze uitgangspunten te komen en daarmee ook nader in te gaan op de samenwerking in de acute zorg. Tot zover ten aanzien van regio, samenwerking et cetera.

Voorzitter. Dan kom ik bij leveringszekerheid. Mevrouw Maeijer vroeg of de voorraad voldoende is, ook bij een toekomstige pandemie of een opleving. Het LCH heeft op dit moment voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen op voorraad voor de zorg. Maar het is niet precies te voorspellen hoe een volgende gezondheids crisis eruit zal gaan zien en welke producten dan exact nodig zijn. We hebben het er zonet al over gehad: er kan een volgende situatie komen door covid of een vergelijkbaar luchtwegvirus, maar het kan ook iets totaal anders zijn. Het lijkt wel degelijk aannemelijk dat bij een volgende pandemie opnieuw mond-neusmaskers en andere persoonlijke beschermingsmiddelen weer belangrijk zullen zijn. Voor geneesmiddelen werken we aan de implemen-

tatie van een veiligheidsvoorraad. Dat is een verduidelijking van de reeds bestaande wettelijke verplichting voor firma's en groothandelsbedrijven om een voorraad van alle receptgeneesmiddelen aan te houden. Mevrouw Van den Berg vroeg ten aanzien van de dijkbewaking naar de voorraden, het structureel inkopen en het ook produceren en beschikbaar hebben in Nederland of Europa van de grondstoffen. Ik doe onderzoek naar de voor- en nadelen van het aanleggen van noodvoorraden. Daar hoort dus ook de financiering bij. Daar waar nodig zet ik in op productie dicht bij huis. Ik ben het helemaal met mevrouw Van den Berg eens dat het bij al deze zaken van belang is om niet alleen naar de eindproducten te kijken maar ook naar de grondstoffen en de halffabricaten. Dat betekent dan niet zozeer dat je per se als Nederland zelfvoorzienend moet zijn, maar – als dat niet kan – wel als Europa, en dat je in nauw overleg staat en afspraken maakt met de Europese collega's.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben het helemaal met de Minister eens dat je niet alles in Nederland kunt realiseren en je dus ook naar Europese samenwerking moet kijken. Ik heb net de werkvoorziening in Sittard en de mondkapjesfabriek in Arnhem genoemd. Ik ben blij dat de Minister daarnaar kijkt, maar ik krijg van dit soort instellingen terug dat, als zij niet op zeer korte termijn weten waar ze aan toe zijn, de Minister er niet meer naar hoeft te kijken, want dan zijn zij out of business. Ik zou het buitengewoon jammer vinden als we dan weer terugvallen op de mogelijkheid dat we het niet kunnen. Nogmaals, ik ben het er van harte mee eens dat we niet alles in Nederland kunnen houden, maar we hebben hier nou eenmaal dingen opgetuigd, die in beide gevallen ook nog een sociale onderneming zijn. Ik zou het toch wel erg jammer vinden als we het kind met het badwater weggoien.

Minister **Kuipers**:

Ik neem dit signaal van mevrouw Van den Berg graag mee. Ik kan er nu inhoudelijk verder niet op ingaan, ook omdat het een specifieke situatie is. Voorzitter. Dan kom ik bij de pandemische paraatheid. De heer Van Wijngaarden vroeg hoe diverse scenario's rondom de pandemische paraatheid worden afgestemd met de verschillende beroepsgroepen. Zoals aangekondigd ontvangt u dit voorjaar de beleidsagenda pandemische paraatheid van de zorg en infectieziektebestrijding. Die agenda moet verder worden uitgewerkt in een beleidsprogrammering. Dat zullen we uiteraard in zeer nauw overleg doen met vele betrokken partijen. Een aantal zijn al genoemd.

Mevrouw Paulusma vroeg hoe we door Europese samenwerking nog beter klaar kunnen zijn voor een volgende crisis. Ik gaf net al even iets aan over de productie en beschikbaarheid van grondstoffen. Op Europees niveau nemen wij actief deel aan verschillende initiatieven, zoals de EU-gezondheidsunie en de Health Security Committee. Ook de recente oprichting van HERA en de recente uitbreiding van mandaten voor de EU-agentschappen, ECDC en EMA, leiden ertoe dat vroegtijdiger actie ondernomen kan worden tijdens een pandemie. Daarnaast is het van belang dat er in tijden van crisis voortaan een Health Crisis Board kan worden geactiveerd, een overlegstructuur waarbinnen lidstaten, EU-instellingen en EU-agentschappen slagvaardiger kunnen optreden. Tot zover de vragen aan mij, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, Minister Kuipers. Er is nog een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De Minister gaf een reactie op een vraag die ik met name aan de initiatiefnemers had gesteld over flexibilisering van de ic-capaciteit. Ik had

de Minister gevraagd of hij nog een reactie wilde geven op de financiële paragraaf uit de initiatiefnota. Wellicht heeft hij het genoemd, maar ging het zo snel dat ik het gemist heb.

Minister Kuipers:

In de financiële regeling die nu alleen voor de ic gemaakt is, destijds in nauw overleg met de ziekenhuizen, wordt de beschikbaarheid op de normale wijze gefinancierd, dus per patiënt en per verpleegdag. Voor verdere opschaling is er een beschikbaarheidsbijdrage beschikbaar. Het gaat dus om een dubbele financiering: voor een deel voor de beschikbaarheid, voor een deel voor gebruik.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we door naar Minister Helder voor de beantwoording van de vragen op haar terrein.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. De vragen gaan allemaal over de Nationale Zorgreserve, dus dat is maar één mapje; dat is makkelijk dit keer. Ik sluit me aan bij het compliment voor het initiatief. Ik denk dat het goed is dat wij hier zitten en proberen alle in de covidperiode geleerde lessen mee te nemen om in de toekomst beter voorbereid te zijn. Dus dank daarvoor. Bij het sturen op voldoende personeel tijdens een crisis, met name tijdens de piekmomenten, denk ik dat het naast de Nationale Zorgreserve ook heel belangrijk is dat organisaties niet alleen bouwen aan een reserve in de lopende organisatie, met hun eigen flexibele schil, maar ook aan wat ze regionaal samen kunnen. Ik heb goede voorbeelden gezien van hoe ze elkaar kunnen helpen. Ik ga er met mevrouw Paulusma in mee dat het natuurlijk nog mooier is als we minder zorgvraag hebben, dat mensen minder op een ic terechtkomen of minder lang. Ook dat heeft natuurlijk een gunstige invloed op de inzet van personeel.

Dan de vragen. O, mijn horloge gaf mij antwoord dat het 16.49 uur is, prachtig. Ik weet ook niet waarom. Mevrouw Maeijer vroeg: waarom zijn het maar 2.000 zorgreservisten? Volgens mij heeft mijn voorganger Minister De Jonge al aangegeven in zijn brief in december dat we het in principe over 5.000 reservisten hebben. Het plan wordt natuurlijk nog uitgewerkt. Dus wat mij betreft is dat waar we ons op richten.

Het is belangrijk om ons te realiseren dat de inzet van de Nationale Zorgreserve natuurlijk een last resort is en dat het echt gaat om mensen die buiten de zorg werkzaam zijn, dus die ooit opgeleid zijn in de zorg maar nu in andere beroepen werkzaam zijn. Het gaat ook om crisisinzet, dus kortstondig en om piekbelasting te ondervangen. Voordat die crisisinzet aan de orde is, moeten zorgorganisaties zelf een aantal stappen doorlopen. Minister Kuipers had het net over het verschil in regio's en ik heb dat ook waargenomen. De ene regio en ook de ene organisatie losten het zelf of met elkaar op, en bij de andere regio kwam dat gewoon minder van de grond. Dus het is belangrijk dat zorgorganisaties ook daar gelijk in optrekken en zelf de dingen doen die ze kunnen doen voordat ze de Nationale Zorgreserve hoeven aan te spreken.

Daarnaast gaat het natuurlijk ook over het samenwerken in de regio. Dat is enerzijds gericht op het delen van zorgpersoneel, maar misschien anderzijds ook op de patiëntenspreiding. Minister Kuipers heeft het daar net ook al over gehad. En eventueel is er nog een beroep te doen op het Rode Kruis. Als dat allemaal onvoldoende is ...

De voorzitter:

Er is tussendoor nog een vraag van mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank voor het antwoord met betrekking tot de 5.000 zorgreservisten. Mijn eerste vraag zou dan ook zijn: is dat dan genoeg? In de initiatiefnota wordt, zoals mevrouw Agema net ook toelichtte, toch uitgegaan van een fors groter aantal. Dus ik zou heel graag een reflectie hebben op die discrepantie. Is dit genoeg of zegt u: we gaan ons best doen er nog meer te vinden? De Minister sprak net over de zorgreserve als een «last resort». Maar zou je het niet om moeten draaien? Ik bedoel dat de zorgreserve in eerste instantie wordt ingezet om te voorkomen dat de reguliere zorg direct wordt belast.

Minister Helder:

Dat is een goede vraag. Op dit moment loopt een onderzoek van AEF naar zowel de bekostiging als de governance als de grootte van de zorgreserve. In dat onderzoek wordt ook bekeken wat nou het beste moment zou zijn om ze in te zetten: zet je de zorgreservisten nou in op het moment dat het al een zogenaamde warme fase is, of zet je ze juist iets eerder in om zorgorganisaties te kunnen ontlasten? Maar dat is onderdeel van het onderzoek van AEF. Dat komt zeer binnenkort. Dat zal ik dan vergezeld met het plan naar de Kamer sturen om uit te leggen wat ik daarmee wil. Daar komt die 5.000 ook weer in terug.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Hartelijk dank voor dit antwoord van de Minister. Ik ben blij om te horen dat het onderdeel uitmaakt van het plan om te kijken of het een last resort zou moeten zijn of dat je de situatie, zoals de initiatiefnemer voorstelt, niet juist zou moeten omdraaien en de zorgreserve eerst zou moeten inzetten, voordat de reguliere zorg wordt belast. Ik zie uit naar het plan.

Minister Helder:

Het is onderdeel van het plan. Daarbij is het ook belangrijk, zoals ik net zei, om erover na te denken wat zorgorganisaties zelf kunnen doen als het gaat om regionaal personeel delen en het organiseren van hun eigen flexibele schil daarin. Ook daarbij hoop ik dat zorgorganisaties dat nu in de tussentijd vasthouden. Er is heel veel werk verzet om mensen die bijvoorbeeld net met pensioen zijn gegaan, vast te houden om te zorgen dat zij die in hun eigen flexibele schil houden. Dat is natuurlijk mede van invloed op: wat heb je dan nodig? Wat kunnen ze zelf en wat vullen we aan vanuit de Nationale Zorgreserve?

De voorzitter:

Als voorzitter hoorde ik volgens mij een toezegging over een brief die naar de Kamer komt. Kunt u iets concreter zijn over de termijn?

Minister Helder:

In de zomer. Ik heb gehad «voor de zomer» en «na de zomer», maar we hebben nu ook «in de zomer».

De voorzitter:

In de zomer. We zijn benieuwd.

Minister Helder:

Ik ben even afhankelijk van het onderzoek.

De voorzitter:

Dan hopen we op goed weer. Gaat u verder met de beantwoording van de vragen.

Minister Helder:

De heer Van Wijngaarden vroeg hoe we mensen kunnen werven voor deze zorgreserve en hoe we kunnen zorgen dat die voldoende onder de aandacht wordt gebracht, bijvoorbeeld bij geneeskunde- en zorgopleidingen. Omdat we inzetten op mensen die buiten de zorg werkzaam zijn, is het van belang dat we zorgen dat we een zodanige wervingscampagne voeren dat we geen concurrentie hebben met zorgorganisaties ten tijde van de crisissituatie. Want als je binnen de zorg werft, is dat een verplaatsing van capaciteit en geen vergroting. Het moet dus echt gericht zijn op mensen die wel die opleiding hebben gehad, maar niet meer werkzaam zijn in de zorg.

Door Stichting Extra ZorgSamen zijn er al gerichte campagnes gehouden om reservisten te werven. Dat gaan we dit jaar herhalen om het op die manier ook warm te houden. Daarnaast is er via de nieuwsbrief van het CIBG al een oproep geplaatst voor zorgmedewerkers om zich te melden bij de zorgreserve. Dat is onderdeel van een tweede onderzoek, waarin gekeken wordt wat de meest effectieve aanpak is van het werven, binden, boeien en behouden van die reservisten. Want je kunt ze wel werven en hebben, maar hoe hou je ze dan vervolgens ook operationeel? Dat is dus het tweede deel.

Dit sluit aan bij de vraag van mevrouw Paulusma over de verhouding tussen landelijk en de regionale kernen. Het idee is dat we kiezen voor een nationale zorgreserve, maar wel met regionale uitvoeringskernen. Dus een landelijke bevelstructuur met een centrale aansturing. Of er dan wel of niet een gezant is, in welke vorm dan ook, gaat uiteraard mee in de planvoering van de pandemische paraatheid. Maar in ieder geval moet er landelijk regie zijn op de inzet, met de mogelijkheid om snel op of af te schakelen, afhankelijk van in welke fase de zorgreservisten precies operationeel worden. Dat betekent onder andere ook een nationaal reservistenregister, zodat duidelijk is wie snel en op welke taken ingezet kan worden. Regionaal gaat het dan veel meer over hoe je regionaal kunt werven, maar ook de mensen kunt boeien, binden en behouden. Dat is namelijk vaak een regionaal iets, omdat mensen ook regionaal zullen worden ingezet.

Het is natuurlijk zo dat als er in de ene regio nog niets aan de hand is, dat in de andere wel het geval kan zijn; dat hebben we in de covidcrisis ook echt zo gehad. Toen is het in het zuiden van het land begonnen. Dan zou je op dat moment eigenlijk het liefste ook reservisten uit het noorden van het land hebben om in het zuiden in te zetten. Je hebt dus iets van een nationale bevelstructuur nodig, zodat de ene regio de andere helpt. Tegelijkertijd wil je toch proberen om het zo regionaal mogelijk te organiseren, ook omdat mensen daar bekend zijn met de hele infrastructuur van de zorg. Dat heeft zijn voordelen.

Hoe loopt het met de planning, vraagt mevrouw Van den Berg. Voordat de Nationale Zorgreserve operationeel kan zijn, moet een aantal juridische, financiële en uitvoeringsvraagstukken worden opgelost. Er zijn twee onderzoeken. Een heb ik net al genoemd, namelijk die van AEF naar de bekostiging en governance. Deze is al uitgezet. Het andere onderzoek wordt nog uitgezet en zal meer gaan over de uitvoeringskant, niet alleen het werven, maar vooral ook het boeien, binden en behouden. Op basis van die uitkomsten kan ik een tijdspad schetsen voor het operationaliseren. Dat neemt helaas enkele maanden in beslag, met name omdat het ook een juridische grondslag moet hebben en het inrichten van die nieuwe publieke taak wel vraagt om zorgvuldigheid. Ik ga u in de zomer van 2022 daarover informeren, maar ik weet nog niet of het dan ogenblikkelijk operationeel kan zijn, of dat we nog iets van uitwerktijd daarvoor nodig hebben.

Dan de wervingscampagne, een vraag ...

De voorzitter:

Er is nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Misschien begrijp ik de Minister niet goed. Het is natuurlijk prima dat er nog verder onderzoek wordt gedaan naar de hele wervingscampagne en hoe het meer gestimuleerd kan worden, maar wordt daarin dan ook meegenomen wat de eisen zijn? Mevrouw Paulusma noemde het al, maar ik heb ook echt voorbeelden gehoord van artsen die 40 jaar huisarts waren geweest, een halfjaar gepensioneerd waren en een prik cursus moesten gaan doen voordat zij bij de GGD konden gaan prikken. Deze artsen staken hun handen wanhopig ... Zij waren echt nog maar een halfjaartje gestopt en hadden daarvoor 40 jaar probleemloos zitten prikken.

Minister Helder:

Dit is een hartenkreet. Ik ken zelf ook de voorbeelden. Ik zal dat antwoord even naar voren halen. We nemen dit zeker mee. Voor de duidelijkheid: er wordt geen BIG-registratie gevraagd. Om de drempel zo laag mogelijk te houden, streven we bij de vormgeving naar zo veel mogelijk maatwerk voor individuele reservisten door te kijken wat ze zelf al kunnen en wat er eventueel nog nodig is om bij te scholen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank voor het antwoord op mijn vraag, maar dat triggert mij wel. Ik heb zelf ook aan den lijve ondervonden hoe ingewikkeld dit is. Zou de zogenaamde bewijslast, de administratie, gewoon aan de andere kant kunnen liggen in plaats van bij de overenthousiaste vrijwilliger die wel wil inspringen om mee te helpen?

Minister Helder:

Ik denk dat dit iets is wat we echt moeten uitwerken, maar de intentie is natuurlijk wel om dit zo makkelijk mogelijk te maken. Want als je mensen wil enthousiasmeren om, als ze inmiddels een ander beroep hebben gekozen, in de zorg reservist te zijn, moeten we wel zorgen dat we dat zo makkelijk mogelijk houden. Aan de andere kant moeten we ons er natuurlijk wel van kunnen vergewissen dat er kwaliteit wordt geboden en dat mensen ook onderdeel kunnen zijn van het zorgteam waarbij ze gaan werken. Het zal dus een beetje fiftyfifty zijn, maar het zal in ieder geval zo veel mogelijk maatwerk zijn. Het is natuurlijk van de zotte – dat ben ik met mevrouw Van den Berg eens – dat je iemand die net is gestopt als huisarts, een prik cursus aanbiedt. Dat lijkt me niet de bedoeling. Dit was ook meteen het antwoord op de vraag van mevrouw Van den Berg. Ik heb nog een vraag van mevrouw Maeijer over de wervingscampagne. Naar aanleiding van de motie van het CDA over de landelijke wervingscampagne is vorig jaar al het initiatief voor de website nationalezorgreserve.nl gekomen. Die campagne heeft in het voor- en najaar gelopen. Ik ben eigenlijk in gesprek om dit initiatief opnieuw op te starten en zodoende meer reservisten te werven. Als het nog lang duurt voordat we de plannen rond hebben, moeten we misschien even kijken of we daar in de tussentijd al iets voor organiseren, want we willen de reservisten die er nu zijn, natuurlijk ook behouden.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank voor de beantwoording. Kan de Minister iets zeggen over wat die campagne heeft opgeleverd of over de effectiviteit daarvan?

Minister Helder:

In ieder geval de zorgreservisten die er nu zijn. We zitten nu volgens mij al rond de 1.400 à 1.500 zorgreservisten die zich gemeld hebben. Daarnaast

is natuurlijk ook een flink aantal mensen door extra handen voor de zorg en door de extra coronabanen in de zorg blijven hangen en ook in opleiding gegaan in de zorg. Het heeft dus wel degelijk iets opgeleverd.

De voorzitter:

Was u aan het einde? Of had u nog andere vragen te beantwoorden?

Minister Helder:

Ik heb er nog één, ook al heb ik die zojuist misschien eigenlijk al beantwoord. Mevrouw Van den Berg gaf aan dat de Nationale Zorgklas niet loopt. Ik zei net al dat een flink aantal mensen al een mbo-opleiding is begonnen. Circa 5.000 mensen hebben vorig jaar via de Nationale Zorgklas een opleiding of een training gevolgd. Daarvan zijn er 1.847 begonnen aan een opleiding die is gericht op het behalen van een mbo-certificaat. Dat is dus duurzame instroom in de zorg. Het heeft dus wel degelijk iets opgeleverd. Of het voldoende is, is een tweede, maar het heeft wel degelijk iets opgeleverd. Dat waren mijn antwoorden.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Voordat we doorgaan naar de tweede termijn, schors ik even voor enkele minuutjes. Dan gaan we door naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer.

De vergadering wordt van 17.02 uur tot 17.08 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef graag het woord aan mevrouw Maeijer voor de tweede termijn.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank, voorzitter. Dank aan de initiatiefnemer en de Ministers voor de beantwoording van de vragen. Specifiek dank aan Minister Kuipers met betrekking tot zijn positieve woorden en de toezegging over de speciaal gezant. Ik zou heel graag nog even heel concreet horen wanneer we hiervan de uitwerking tegemoet kunnen zien.

Ik zou ook nog even terug willen komen op de nationale wervingscampagne voor zorgreservisten. Als ik het goed heb begrepen, wil de Minister nu bezien hoe en of dit voortgezet kan worden dit jaar. Ze sprak over een website, maar zou dit ook niet wat geïntensiveerd moeten worden? Denk aan een Postbus 51-campagne of in ieder geval iets anders dan alleen een statische website.

Voorzitter, afrondend. Voor mijn fractie is het van groot belang dat we stappen gaan zetten om ervoor te zorgen dat in een volgende crisis de reguliere zorg zo lang mogelijk door kan gaan, zonder afschaling van zorg. Ik heb daarom een tweetal moties. De eerste.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te onderzoeken of het verstandig is om van de spoedeisendehulpdiensten, intensive cares en persoonlijke beschermingsmiddelen net als de ambulancedienst een niet-economische dienst van algemeen belang te maken, ten einde de continuïteit en kwaliteit van zorg beter te borgen ten tijde van toekomstige pandemieën, rampen of aanslagen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Maeijer.
Zij krijgt nr. 4 (35 766).

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
En de tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering te onderzoeken in hoeverre generieke medicijnproductie en grondstoffenproductie in Nederland behouden kunnen worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Maeijer.
Zij krijgt nr. 5 (35 766).

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil eerst de initiatiefnemer nogmaals danken voor de nota. Ik denk dat we heel goed dingen hebben besproken die in de komende maanden nog zeker terug zullen komen. Dank aan de bewindslieden voor de antwoorden. Het is goed om te horen dat er gekeken wordt naar de regio-indeling en naar de mondkapjesproblematiek, om het zo maar te noemen, naar wat we nu zelf al kunnen maken. Voorzitter. Ik heb één motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de KNMG tijdens werkconferenties geleerde lessen tijdens de coronacrisis uit het veld heeft opgehaald en heeft opgeschreven in het rapport *Dokters in tijden van corona*;

overwegende dat hierbij onder andere is geconstateerd dat een deel van de afgeschaalde zorgvraag ten tijde van de coronacrisis schadeloos lijkt te zijn «verdampt»;

overwegende dat de KNMG daarom adviseert onderzoek te laten uitvoeren naar zogenoemde «verdampte zorg» en wat we daarvan kunnen leren voor de toekomst;

verzoekt de regering samen met de KNMG onderzoek te (laten) uitvoeren naar wat er geleerd kan worden van de afgeschaalde zorgvraag ten tijde van de coronacrisis die schadeloos lijkt te zijn «verdampt», en de Kamer hierover voor de begrotingsbehandeling in het najaar van 2022 te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van den Berg, Kuiken en Van Wijngaarden.

Zij krijgt nr. 6 (35 766).

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil nogmaals mevrouw Agema bedanken voor het werk en de beantwoording van vandaag. En ik wil beide bewindspersonen bedanken voor hun reactie op onze vragen. Ik heb geen moties.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan schors ik weer even, om de moties te vermenigvuldigen. Dat is, denk ik, wel handig. Ik kijk even naar rechts. Heeft u daarna meer tijd nodig voor de beantwoording? Nee? Vijf minuten? Dan hebben we ook allemaal de moties. Ik schors voor vijf minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

We zijn bij de tweede termijn van de kant van de initiatiefnemer en de Ministers. Maar eerst geef ik natuurlijk het woord aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De inplanning van zo'n initiatiefnota gaat via de Griffie plenair. Daar hebben wij als Kamerleden niet zo heel veel invloed op. Maar ik denk dat we deze initiatiefnota precies op het juiste moment hebben besproken. Het is het moment waarop we nog steeds met corona te maken hebben, maar ook nadenken over wat we nou beter gaan doen in de toekomst. Ik hoop dat een aantal punten uit de initiatiefnota een plek kunnen krijgen in het beeld dat we krijgen voor de toekomst. Als we de stukken gaan zien, hoop ik daar wat van terug te zien, helemaal omdat een van de belangrijkste punten van de nieuwe corona-aanpak van de Minister is dat de zorg voor iedereen toegankelijk moet blijven als corona uitbreekt: voor mensen met corona en voor mensen die operaties en andere behandelingen nodig hebben. Het allerbelangrijkste is dat de reguliere zorg niet meer afgeschaald gaat worden. Ik denk dat wij dat allemaal vinden

De Minister ging natuurlijk heel lang in op de structuur die ontbreekt, waar hij ook tegen aanliep als voorzitter van de LCPS. Het is heel fijn dat er is toegezegd dat we meer gaan horen over de uitwerking van de gezant, internationaal coördinator, of weet ik veel wat voor naam het beestje gaat krijgen. Maar het is heel goed dat erover nagedacht wordt en dat we de toezegging hebben gekregen. Ik weet niet precies of we ook iets in die richting hebben gehoord over het in eigen land maken van beschermingsmiddelen. Misschien zat ik op dat moment niet goed te luisteren. Maar het is wel grappig dat daar nu de Minister van VWS weer over gaat en niet de Minister van Medische Zorg.

De toezegging over «wanneer zet je je reserve in?» van de Minister voor Langdurige Zorg is ook eentje waarbij er een verschil is tussen de

initiatiefnota en de stukken die we tot nu toe hebben gezien, maar misschien is het wel iets waarbij we in het midden gaan uitkomen. Misschien wordt een deel van de mensen wel direct ingezet, misschien een deel van de mensen later pas. Maar het denken daarover moet ook niet stoppen, denk ik, want je moet niet wachten totdat iedereen uitgeput is en de reguliere zorg uitgesteld is en er ongelukken gebeuren omdat mensen hun reguliere zorg niet krijgen. Dus ik ben blij dat we daarover van gedachten hebben kunnen wisselen. Ik vond het een goede middag. Ik ben iedereen heel erg dankbaar voor de vragen die zijn gesteld, voor het meedenken, voor het denken dat op dit moment plaatsvindt op het ministerie. Ik hoop dat we in de zomer, voor de zomer, de plannen tegemoet gaan zien, waarmee we in een rustiger vaarwater kunnen komen bij toekomstige pandemieën anders dan corona, maar ook bij rampen en aanslagen. Ik hoop dat we straks beter voorbereid zijn op dat soort situaties.

Ik dank u allen hartelijk.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het woord aan Minister Kuipers.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Voor mij rest de beantwoording van één vraag van mevrouw Maeijer ten aanzien van de pandemische paraatheid en een speciaal gezant. Wanneer komt de respons? Die pandemische paraatheidsrespons komt binnenkort. Ik weet niet exact wanneer, maar echt binnenkort, dus zeker voor de zomer.

Ik heb even één kanttekening: ik heb niet de toezegging gedaan dat er een speciaal gezant komt. Laat ik dat even heel nadrukkelijk zeggen. Het onderwerp komt terug. Ik heb heel nadrukkelijk gezegd wat we absoluut nodig hebben voor het beleid en de aanpak van een volgende crisis in de zorg. Of dat nou een pandemie is of iets anders, zoals mevrouw Agema terecht zegt: er moeten helderdere structuren komen, er moeten duidelijkere lijnen komen en er moet dus ook een duidelijk mandaat komen. Dat is ook een onderwerp – ook daar werd ik over bevraagd – waarover ik in de uitwerking in gesprek moet met tal van partijen. Dan kan het zo zijn dat we uiteindelijk uitkomen op een speciaal gezant. Het kan ook op een andere manier. Daar wil ik nog niet op vooruitlopen. Dus voor de zomer, binnenkort, komt er een brief over de pandemische paraatheid.

Dan kom ik op de moties. Bij de eerste motie, die op stuk nr. 4, ten aanzien van de mogelijke financiering van de spoedeisendehulpstoffen, intensive cares en persoonlijke beschermingsmiddelen is mijn appreciatie: ontraden. Ik kom binnenkort met een brief over de acute zorg. Dan kom ik terug op kwaliteit en continuïteit. Die brief komt voor de zomer. Ik ben separaat al gevraagd, ook in een eerder debat over de acute zorg, om te kijken naar ten minste een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp en voor acute posten. Als ik nu separaat voor deze financiering ook nog weer een aanvullend onderzoek moet doen, lopen die zaken te veel door elkaar.

De voorzitter:

De motie op stuk nr. 4 wordt ontraden.

Minister Kuipers:

De tweede motie, ten aanzien van onderzoek naar generieke medicijnproductie en grondstoffen, krijgt oordeel Kamer.

De derde motie, ten aanzien van ...

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 5 krijgt oordeel Kamer. Ik concludeer het altijd even af, ...

Minister **Kuipers**:

Sorry?

De **voorzitter**:

... zodat het duidelijk is. Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Ten aanzien van de motie op stuk nr. 6 is mijn advies om deze aan te houden. Zoals ik al aangaf, loopt er al veel onderzoek. Dat komt. Ik kom binnenkort ook nog met een reactie op de brief van de KNMG. Er komt dus al een reactie en er loopt al veel onderzoek. Mijn advies is om de motie aan te houden en te kijken wat er uit de respons en die onderzoeken komt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben bereid mijn motie aan te houden, maar mag ik ook een vraag stellen over de motie op stuk nr. 4, hoewel ik haar niet heb ingediend? Ik wil toch even opkomen voor mevrouw Maeijer. Ik lees de motie niet zo dat mevrouw Maeijer om apart onderzoek vraagt. Ik lees de motie zo dat gevraagd wordt of de Minister in zijn aanpak terugkomt op dit onderwerp. Maar misschien lees ik het verkeerd.

Minister **Kuipers**:

Het is niet naar de semantiek zoeken hè, maar in de motie staat «verzoekt de regering te onderzoeken of», en dan komt er van alles. Dat leest voor mij als: ik moet een apart onderzoek starten «naar». Daarvan geef ik aan: er loopt al veel en er komt nog een aparte discussie. Ik heb er uitgebreid bij stilgestaan dat we echt moeten zoeken naar regionale en, bij een crisis, ook landelijke afstemming. Eerder heb ik ook gezegd dat dit zou kunnen betekenen dat er ... We hebben het zonet gehad over beschikbaarheidsbijdragen. Het begint allereerst met de vraag: wat is er nodig om een volgende crisis op te vangen? Dan is niet het eerste wat ik nodig heb een apart onderzoek naar de wijze van financiering. Als we zoeken naar een andere vorm van tekst ... Ik kan dit alleen maar zo lezen dat ik apart onderzoek moet doen en dat ik op enig moment u een onderzoek moet aanleveren over «ik heb gekeken naar de financiering van». Ik wil heel graag eerst kijken naar andere zaken. Daarin komt ongetwijfeld ook de discussie over de financiering voorbij. Ik denk dat dat in lijn is met de discussie die we hier vanmiddag hebben gehad en ook in lijn met de initiatiefnota en de achterliggende gedachte: kun je beter voorbereid zijn «op»?

De **voorzitter**:

Eerst mevrouw Maeijer, de indiener van de motie.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

De achterliggende gedachte is natuurlijk: hoe kun je beter voorbereid zijn «op»? Het is mij eerlijk gezegd om het even of dat een apart onderzoek is of dat al deze punten die wij zo belangrijk vinden meegenomen worden in lopend onderzoek. In die zin laat ik de uitvoering aan u. Maar wij sommen een aantal specifieke punten op die ook terugkomen in de nota van de initiatiefnemer. Op het moment dat daar recht aan wordt gedaan, zou ik zeggen: neem dat mee in onderzoek dat al loopt.

Minister Kuipers:

Ik kijk even naar de griffier. Als ik de motie mag interpreteren als «verzoekt de regering de wijze van financiering van spoedeisendehulpdiensten, intensive cares en persoonlijke beschermingsmiddelen mee te nemen in», dan gaan we dat graag adresseren, want dat nemen we dan mee.

De voorzitter:

Ik kijk naar mevrouw Maeijer of de Minister het zo mag interpreteren.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Zeker.

De voorzitter:

Dan ...

Minister Kuipers:

Dan is de motie van harte oordeel Kamer.

De voorzitter:

Dan krijgt de motie op stuk nr. 4 oordeel Kamer. En de motie op stuk nr. 6 wordt aangehouden. Dat was ik nog vergeten af te concluderen.

Op verzoek van mevrouw Van den Berg stel ik voor haar motie (35 766, nr. 6) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister Kuipers:

Ja, dus de moties op stukken nrs. 4 en 5 krijgen oordeel Kamer en de motie op stuk nr. 6 krijgt het oordeel aanhouden.

De voorzitter:

Ja, dat klopt. Dank u wel. Minister Helder.

Minister Helder:

Voorzitter. Volgens mij stond er nog één vraag open van mevrouw Maeijer. Dat ging over de effectieve communicatie, in plaats van alleen maar een statische website. Dat neem ik uiteraard mee. Ik ben in gesprek over die communicatie in de toekomst en de wervingscampagne, en ik ga kijken wat we in de tussenliggende periode al kunnen doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we aan het eind van dit notaoverleg. Ik heb nog drie toezeggingen.

- De Minister voor Langdurige Zorg en Sport stuurt in de zomer van 2022 de uitkomsten van het onderzoek door AEF naar bekostiging en governance van zorgreservisten aan de Kamer, inclusief een reactie op dit rapport.
- De Minister voor Langdurige Zorg en Sport stuurt daarnaast ook de uitkomsten van een onderzoek naar de uitvoering van een zorgreserve aan de Kamer.

Is dat ook in de zomer van 2022, Minister?

Minister Helder:

Het gaat niet lukken, voorzitter, om de hele uitvoering dan al rond te hebben, maar ik zal in de brief in de zomer aangeven wanneer wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Die toevoeging voegen we toe. De parafrasering van die toezegging hoeft niet nu, denk ik. Nee, het debat is voldoende.

Dan de derde toezegging:

- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stuurt de Kamer binnenkort meer informatie over de pandemische paraatheid. De precieze termijn daarvan was ik even kwijt.

Minister Kuipers:

Binnen een paar weken.

De voorzitter:

Binnen een paar weken. Dat is wat mij betreft specifiek genoeg. Dan komen we aan het eind van dit debat. Ik wil natuurlijk allereerst mevrouw Agema en de heer Wilders hartelijk danken voor de initiatiefnota en dat we daarover hebben mogen praten. Ik wil ook haar ondersteuning danken. Als ik goed heb meegeschreven, zijn dat mevrouw Wisse en mevrouw Van der Meer. Verder dank ik de Ministers en de ondersteuning van het ministerie hartelijk en ik dank de collega-Kamerleden en de mensen die hier mee hebben gewerkt. Dank u wel. Volgende week wordt er over de moties gestemd.

Sluiting 17.27 uur.