

Vergaderjaar 2022–2023

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 2000**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 1 februari 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 4 november 2022 over het beleidsprogramma pandemische paraatheid (Kamerstuk 25 295, nr. 1964).

De vragen en opmerkingen zijn op 8 december 2022 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 31 januari 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inhoudsopgave

<b>I</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	6
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	9
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie	11
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	13
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie	14
	Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	16
	Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep van Haga	18
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	20
<b>II</b>	<b>Reactie van de Minister</b>	<b>21</b>

### I Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief met daarin de verdere uitwerking van de beleidsagenda pandemische paraatheid. Deze leden zijn positief over de constatering dat werk wordt gemaakt van voorbereiding op potentiële pandemieën. Zij zijn positief over de gezamenlijkheid en integraliteit van de aanpak die de Minister voorstelt, maar zien in de brief vooral voorzichtige beginnetjes. Deze leden willen graag meer zicht op de concrete en inhoudelijke stappen die worden gezet en hebben nog vragen daarover.

Allereerst willen deze leden weten op welke termijn de Minister inzicht in de genoemde potentiële risico's en achterliggende scenario's met de Kamer deelt. Ook willen zij een compact overzicht van de lessen uit de COVID-19-pandemie die bij deze aanpak worden gebruikt. Dus niet zozeer dát «lessen worden gebruikt», maar welke lessen er zijn geleerd die van invloed zijn op de aanpak en uitvoering van pandemische paraatheid. Genoemde leden lezen dat de Gemeentelijke Gezondheidsdienst – Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland), samen met de GGD'en, een plan van aanpak voor de korte termijnversterkingen infectieziektebestrijding heeft opgesteld. Deze leden zouden graag dit plan van aanpak lezen. Wanneer wordt het naar de Kamer gestuurd? Op welke manier speelt dit plan van aanpak een rol bij het nu lopende onderzoek naar de vraag of de 25 GGD-regio's voldoende geëquipeerd zijn voor hun wettelijke werkzaamheden?

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding (LFI) hebben een rol in de voorbereiding, en zijn of worden daarmee onderdeel van het adviserings- en besluitvormingsproces tijdens een pandemie. Kan de Minister aangeven hoe hij uitvoering geeft aan de motie van het lid Tielen c.s.<sup>1</sup> over de lessen uit de coronacrisis en het borgen van onafhankelijkheid en autonomie?

Genoemde leden zijn positief over de inzet van de Minister met betrekking tot een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap samen met RIVM, GGD GHOR Nederland en de GGD'en. Welke lessen en verzamelde knelpunten uit de COVID-19-pandemie gebruikt de Minister hierbij? Zo zijn er storingen geweest waardoor vaccinaties niet geregistreerd konden worden en uitslagen niet worden ingezien. Dit heeft grote implicaties en dient voorkomen te worden. Hoe heeft dit een plek in het paraat maken van het informatievoorzieningslandschap?

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1786.

Ook de lessen uit de COVID-19-pandemie met betrekking tot de gegevensuitwisseling voor monitoring en onderzoek dienen een plek te hebben hierbij. Welke lessen hierover zijn benoemd en worden gebruikt? Wanneer komt de uitwerking van het High Level Design (HLD) naar de Kamer? Hoe krijgt de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en onderzoekers vorm? Hoe wordt geborgd dat uitwisseling verbetert ten opzichte van de huidige situatie (waarbij bijvoorbeeld de oversterfte onvoldoende makkelijk kan worden onderzocht door belemmeringen in de uitwisselingen)?

Een lid van de VVD-fractie heeft eerder schriftelijke vragen gesteld over het steunen van wetenschappers bij het voorbereiden op een volgende pandemie<sup>2</sup>. In de brief wordt aangegeven dat om monitoring en onderzoek mogelijk te maken, ook de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en onderzoekers mogelijk moet zijn. Dit vergt volgens de Minister een meerjarige inspanning en een fundamentele aanpak, waarin zowel techniek als (juridische) grondslagen en aansturing aandacht vragen. Kan de Minister een inschatting geven van de tijdspanne en hoe de voortgang hierbij bewaakt wordt? Wanneer zou deze aanpak gereed moeten zijn?

De leden van de VVD-fractie zijn positief dat zelftest-onderzoek onderdeel wordt van de Infectieradar. Kan de Minister aangeven om welke soorten zelftesten het gaat? Wordt hierbij samengewerkt met andere initiatieven op het gebied van gezondheidsonderzoek onder de bevolking en welke instanties zijn daarbij betrokken? Deze leden zijn ook positief over de ideeën met betrekking tot een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en. Zij lezen dat eerst een uitvoeringstoets wordt gedaan voordat het voornemen definitief vorm krijgt. Recent Europees onderzoek toonde aan dat het vertrouwen in vaccins is gedaald<sup>3</sup>. Op welke manier wordt bij deze uitvoeringstoets aandacht besteed aan communicatie en voorlichting over vaccinaties om zo de vaccinatiebereidheid te vergroten?

In het kader van pandemische paraatheid versterkt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de infectieziektezorgstructuren. Daarbij wordt onder andere gekeken naar de paraatheid van het microbiologische landschap en specifiek de laboratoria in Nederland, inclusief het inrichten van een opschalingsstructuur voor de diagnostiek. Genoemde leden maken zich al langer zorgen om de toenemende resistentie van bacteriën tegen antibiotica. Zij vinden het daarnaast goed dat de aanpak antibiotica-resistentie verbreed wordt naar antimicrobiële resistentie met aandacht voor anti-virale, anti-fungale en anti-parasitaire resistentie in lijn met internationale ontwikkelingen. Kan de Minister aangeven hoe geïnvesteerd wordt in mogelijke alternatieven voor antibiotica?

Deze leden zijn in beginsel enthousiast over de Nationale Zorgreserve (NZR) en de modulaire opleidingen. Zij hebben wel behoefte aan veel meer kwantitatieve inzichten over de bijdrage die deze kunnen leveren aan pandemische paraatheid. Het lijkt alsof modulaire opleidingen alleen beschikbaar zijn voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-geregistreerde zorgmedewerkers met een arbeidsovereenkomst bij een zorginstelling. Deze leden vragen om een bredere aanpak die ook mantelzorgers en vrijwilligers in staat stelt om waardevol onderdeel te zijn van een NZR. Op welke termijn kan de Minister een dergelijke aanpak met de Kamer delen?

Genoemde leden lezen dat in de langdurige zorg wordt ingezet op het versterken van hygiëne en infectiepreventie in de verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en bij de zorg thuis. Hierbij dienen zorginstellingen vanaf 2024 op hun locaties periodiek een evaluatie uit te voeren waarbij

<sup>2</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 794

<sup>3</sup> RTL Nieuws, 21 november 2022, «Nederlanders hebben minder vertrouwen in vaccinaties» (<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5348299/vaccinaties-europese-commissie-onderzoek-corona-hpv>).

«vreemde ogen» meekijken. Hoewel deze leden het belang van versterken van hygiëne en infectiepreventie onderschrijven, maken zij zich zorgen over de impact van dergelijke evaluaties op de administratieve lasten van zorginstellingen. Kan de Minister aangeven op welke manier hij zorgt dat de administratieve lasten niet groter worden? Welke lessen zijn er uit andere landen geleerd als het gaat om het versterken van hygiëne en infectiepreventie die onderdeel (kunnen) worden van de Nederlandse pandemische paraatheid?

Deze leden zijn verheugd te lezen dat de Minister aandacht heeft voor het verder verbeteren van kennis en innovatie als onderdeel van de beleidsagenda pandemische paraatheid. Zij zouden wel meer concreet begrip willen hebben van welk type kennis en innovatie wél op orde waren bij de vorige pandemie en welk type kennis en innovatie niet. Genoemde leden willen graag weten welk niveau van kennis wordt nagestreefd en op welke termijn die in beginsel op orde kan zijn. Met welke kennisinstututen bouwt de Minister de kennis- en innovatieagenda's op? Wat is de rol van het RIVM, de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) en hoe wordt EU-breed samengewerkt? Wat is bekend over de snelheid van innovaties tijdens de COVID-19-pandemie? Welke belemmeringen waren het grootst om innovaties in de praktijk beschikbaar te krijgen en hoe gaat de Minister zorgen dat deze belemmeringen verkleinen bij volgende pandemieën?

De leden van de VVD-fractie zijn blij te lezen dat wordt ingezet op het benutten van al in Nederland aanwezige excellente kennis op het gebied van therapie-ontwikkelingen voor (preventieve) behandeling van infectieziekten met pandemisch potentieel. De Minister spreekt over het creëren van een ecosysteem tussen academie en bedrijfsleven en investeert bijna tien miljoen euro in de Thematische Technology Transfer (TTT)-regeling. Is de Minister het met deze leden eens dat ook middelbaar beroepsonderwijs (mbo)-instellingen hierbij betrokken moeten zijn, zodat hoogwaardige kennis en praktische toepassing optimaal gecombineerd kunnen worden?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de uitwerking van de beleidsagenda pandemische paraatheid. De beleidsagenda is een veelzijdige aanpak met veel verschillende componenten, waaruit de ambitie spreekt om op de geleerde lessen te anticiperen. Genoemde leden delen de opvatting dat de kern ligt in ons voorstellingsvermogen van mogelijke crises. Het is dan ook nuttig dat scenario's worden uitgewerkt. Keuzes kunnen daaruit voortvloeien. Deze leden vragen de Minister wie hier verantwoordelijk voor is en binnen welk tijdspad deze scenario's zijn afgerond. Tevens worden verschillende werkgroepen, instanties en overlegstructuren aangekondigd en besproken. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of het ministerie in een organogram of beslisboom kan voorzien, zodat het duidelijk is welke taken en verantwoordelijk waar liggen belegd in tijden van crisis.

Genoemde leden zijn ervan overtuigd dat met een veilige, vertrouwde uitwisseling van gegevens veel kennis kan worden vergaard voor onderzoek. Daarnaast draagt het bij aan efficiëntere crisiszorg. Zij vragen de Minister of de wetwijziging in de acute zorg, waarbij gebruik kan worden gemaakt van gegevens tenzij daar bezwaar tegen is gemaakt (opt-out), ook breder geldt ten tijde van een crisis. Zo nee, deelt hij de overtuiging dat dit nodig is en ziet hij de juridische ruimte om dit te bewerkstelligen? Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of en op welke manier de Minister zich inspant om (secundaire) gegevensuitwisseling op Europees niveau te bevorderen.

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen om te komen tot een toekomstbestendig en wendbaar

vaccinatiestelsel. Kan de Minister omschrijven in welke hoedanigheid de genoemde organisaties betrokken worden bij de uitvoeringstoets? Welke andere organisaties worden hierbij betrokken, anders dan de GGD en huisartsen? Wordt communicatie en campagne voor vaccinaties ook behandeld in deze toets? Wordt een snellere beoordeling van innovatieve vaccins, zoals in hoofdstuk «kennis en innovatie» beschreven, ook onderdeel van deze uitvoeringstoets?

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister stelt dat een stevig zoönosenbeleid een belangrijke basis is voor een goede pandemische paraatheid. Deze leden onderschrijven deze constatering en zijn van mening dat de Minister belangrijke stappen kan zetten om de overdracht van dierziekten op mensen te voorkomen. Zij verwijzen hierbij ook naar hun actieplan zoönose<sup>4</sup> en hun actieplan tegen vogelgriep<sup>5</sup>. Zij zijn bijvoorbeeld van mening dat zo snel als mogelijk ingezet moet worden op het vaccineren van pluimvee en dat gekeken moet worden naar mee koppelkansen binnen het Nationaal Programma Landelijk Gebied (NPLG). Wanneer kan de Kamer de onderzoeken verwachten in het kader van zoönosen-geletterdheid van het algemene publiek? Wordt hierin ook meegenomen hoe mensen moeten handelen wanneer zij een verdacht dier vinden in hun omgeving, bijvoorbeeld dieren met vogelgriepverschijnselen? Wanneer kan de Kamer de uitkomsten van de pilot monitoring en gegevensuitwisseling varkensinfluenzavirussen verwachten? Tot slot vragen deze leden of de Minister kan toelichten hoe er ook op Europees verband wordt ingezet op een stevig zoönosenbeleid. Voor wat betreft het personeelsbeleid vragen genoemde leden in hoeverre de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van plan is om ook de andere adviezen van het Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners over te nemen, zoals vergaande dualisering van het onderwijs (ad 1). Genoemde leden willen graag weten wat de verdere concrete acties zijn naar aanleiding van dit advies.

Genoemde leden constateren voor wat betreft de regionale sturing dat veel verantwoordelijkheid komt te liggen bij Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ'en) voor het borgen van goede zorg. Hoe is de Minister van plan om de ROAZ'en te ondersteunen? Zijn daar ook financiële middelen voor vrijgemaakt? Daarnaast benadrukken de leden van de D66-fractie dat bij het onderzoeken wat nodig is om zorgcoördinatie landelijk in te richten, ook het sociaal domein van gemeenten aangehaakt dient te worden. Kan de Minister dat toezeggen?

De leden van de D66-fractie stellen inzake de verbeterde leveringszekerheid van medische producten dat het tijdig indiceren van geneesmiddelentekorten alleen kan in goede Europese samenwerking en dat hierin verbetermogelijkheden zijn. Kan de Minister aangeven of het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en de Autoriteit voor paraatheid en respons (HERA) voldoende informatie tot hun beschikking hebben uit alle lidstaten om een adequate inschatting te maken van schaarste aan medische producten? Deze leden vragen waar kwetsbaarheden zitten in het adequate monitoren van tekorten. Voorts vragen zij of de tekorten op dezelfde wijze worden gemonitord in de verschillende lidstaten, en of kennis en ervaringen met het Meldpunt geneesmiddelentekorten worden uitgewisseld met andere EU lidstaten. Deze leden lezen dat de EMA een basislijst heeft opgesteld met kritische farmacotherapeutische categorieën voor spoedzorg, operatiezorg en Intensive Care (IC)-zorg. Kan de Minister iets zeggen over de toepasbaarheid van deze lijst op een crisissituatie in Nederland en op basis van welke criteria deze lijst is opgesteld?

<sup>4</sup> D66, 1 december 2020, «Actieplan zoönosebestrijding: bittere noodzaak» (<https://d66.nl/nieuws/voorkom-nieuwe-pandemie-door-zoonose/>).

<sup>5</sup> D66, 23 februari 2022, «Actieplan vogelgriep: voorkom een nieuwe pandemie» (<https://d66.nl/nieuws/actieplan-vogelgriep-voorkom-een-nieuwe-pandemie/>).

Deze leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze veldspelers zelf kunnen inzetten op risicoplaning en hoe hierin samenwerking wordt bevorderd, eventueel ook met andere Europese veldspelers. De leden van de D66-fractie delen de opvatting dat bevoorradings van medicijnen een belangrijke rol speelt bij een pandemie. Echter, in hoeverre is rekening gehouden met verspilling van medicijnen en/of beschermingsmaterialen in de beleidsregels? Welke hindernissen ziet de Minister om ongebruikte voorraden te heruitgeven en is hij van plan hier stappen in te zetten? Welke rol speelt verduurzaming bij het vormgeven van de wettelijke voorraadverplichting?

De leden van de D66-fractie lezen ten aanzien van kennis en innovatie dat de Minister conform motie van het lid Paulusma<sup>6</sup> in gesprek is gegaan met de sector en de Minister hen op het belang van pandemische paraatheid en wendbaarheid van onderzoek heeft gewezen. Kan de Minister toelichten met welke partijen de Minister in gesprek is gegaan en welk resultaat dit heeft opgeleverd of op welke wijze de sector dit advies in uitvoering brengt? Op welke wijze kan de Minister in samenwerking met de Minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschap er zorg voor dragen dat de Nederlandse onderzoeksstructuur schokbestendig wordt en daarmee pandemisch paraat is? Deze leden lezen met belangstelling dat de Minister aan de slag gaat met een innovatieagenda mede om de doorlooptijd van ontwikkeling tot aan implementatie te verkorten. Kan de Minister aangeven welke veldspelers betrokken worden bij het opzetten van een dergelijke agenda en welk tijdspad deze leden kunnen verwachten?

De leden van de D66-fractie lezen in de beleidsagenda dat, waar mogelijk en relevant, Caribisch Nederland bij de voorbereidingen aansluit die in Europees Nederland worden getroffen. Deze leden zijn het eens met de Minister dat het belangrijk is dat rekening wordt gehouden met lokale omstandigheden. Kan de Minister uitweiden over hoe het proces loopt tot het besluit om Caribisch Nederland al dan niet bij de voorbereidingen aan te haken? Geldt hier ook het «comply or explain»-principe? Kan de Minister illustreren hoe de samenwerking op dit gebied precies loopt? Genoemde leden hebben met interesse het overzicht van de financiële middelen namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingezien. Echter zijn deze leden van mening dat pandemisch paraatheid niet enkel een aangelegenheid is van het genoemde ministerie. Een pandemie raakt immers alle sectoren. Voorts vragen deze leden om een overzicht van financiële middelen namens andere departementen met het oog op pandemische paraatheid en specifiek welke middelen het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit inzet op pandemische paraatheid.

De leden van de D66-fractie vragen tot slot op welke wijze in een volgende pandemie wordt ingezet op lange termijngevolgen van een pandemie, zoals Long-COVID. Kan de Minister aangeven welke plannen er zijn om zulke ernstige lange termijn gevolgen in te perken?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Nederland zat als enige land in Europa in een vierde lockdown met enorme schade voor ondernemers maar zat ook met het weer afschalen van reguliere ziekenhuiszorg voor andere patiënten dan COVID-19-patiënten. Gebrek aan capaciteit was een beperkende factor in de aanpak van de COVID-19-pandemie. Er was gebrek aan testcapaciteit, aan laboratoriumcapaciteit, aan zorgcapaciteit en aan IC-capaciteit, om maar wat te noemen. Dit wijst op de noodzaak van het aanhouden van buffers om op te kunnen schalen.

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1910

Die buffers zijn er nog steeds niet en gaan er met dit beleidsprogramma ook niet komen, zo concluderen deze leden. Genoemde leden hebben daarom een aantal kritische vragen en opmerkingen.

Zij zijn verbijsterd dat het tekort aan IC-capaciteit, zowel de bedden, de apparatuur als het personeel helemaal geen thema is in het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Heeft de Minister onder een steen geleefd de afgelopen jaren? Waarom ging Nederland op slot? Waarom vier keer een lockdown? Waarom gingen de scholen dicht? Waarom ging de horeca naar de afgrond? Waarom werd de reguliere zorg afgeschaald? Nooit van code zwart gehoord? Tijdens de COVID-19-pandemie ging geen dag voorbij of de IC-capaciteit was in het nieuws. In meerdere debatten hebben genoemde leden erop gewezen dat Nederland onderaan bungelt als het gaat om het aantal beschikbare IC-bedden en dat Nederland minimaal moet opschalen naar een Europees gemiddelde. Deze leden willen de Minister ook wijzen op de volgende uitspraak over de IC-capaciteit van voormalig zorgbestuurder de heer Kuipers in juli 2020: «Je moet er rekening mee houden dat je in een opgeschaalde fase zo'n 650 bedden extra nodig hebt. Opgeteld bij de normale 1.150 kom je uit op 1.800 bedden.» In plaats van 1800 IC-bedden zijn er op dit moment amper 1000. Onbegrijpelijk, aldus genoemde leden. Naast een flexibel opschaalingsplan moet het aantal IC-bedden structureel omhoog. Als dit geen plaats krijgt in het beleidsprogramma pandemische paraatheid, dan is het hele plan een wassen neus. Graag ontvangen genoemde leden een reactie op alle voornoemde punten.

De leden van de PVV-fractie zijn eveneens verbijsterd dat de aanwezigheid van strategische voorraden niet meteen aan de start van de COVID-19-pandemie in december 2019 werden gecontroleerd dan wel aangelegd, maar dat zeer lang werd gewacht waardoor een panieksituatie ontstond en in zee werd gegaan met criminelen en charlatans. Dit moet hoe dan ook voorkomen worden, als een nieuwe pandemie zich aandient en dient verankerd te worden in beleid. Daarnaast moet voorkomen worden dat zo goed als alle voorraden zomaar kunnen worden verpatst aan de hoogste bieder zoals dat gebeurde op 17 februari 2020 met de vlucht naar China. Het belang van de gezondheid van onze eigen zorgmedewerkers had moeten prevaleren. Deze leden vragen hoever de Minister al gevorderd is met het aanleggen van strategische voorraden, waaronder van geneesmiddelen, hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen. In 2019 stond in het Gupta rapport dat een strategische voorraad van vijf maanden de geneesmiddelentekorten voor 85% zou kunnen opvangen. Dat was dus een aanbeveling van voor de COVID-19-pandemie. Waar staan we nu? Voor geneesmiddelen komt er vanaf 1 januari 2023 een verplichting tot het aanhouden van acht weken voorraad en die verplichting is belegd bij vergunninghouders (zes weken) en groothandelaren (twee weken). Beetje magertjes, aldus deze leden. Voor hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen is de Minister nog bezig met het inrichten van een monitoring, coördinatie en regiestructuur, want er is helemaal geen zicht op waar zich welke voorraden bevinden. Een verplichting tot het aanhouden van voorraden hulpmiddelen is nog lang niet in zicht. Veel te laat, aldus deze leden. Genoemde leden zijn daarbij ontsteld dat de Minister niet inzet op nationale voorraden, maar op Europese voorraden. Het was bijvoorbeeld Duitsland die tijdens de COVID-19-pandemie een exportverbod instelde voor mondkapjes en vrachtwagens met hulpmiddelen bestemd voor België aan de grens tegenhield. Het was juist ieder voor zich tijdens de start van de COVID-19-pandemie. Waarom denkt de Minister dat dit tijdens een volgende pandemie anders zal zijn? Nog afgezien van het feit dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op Europese voorraden geen toezicht kan houden, is het de vraag of en hoe een Nederlandse aanspraak op Europese voorraden gehonoreerd zal worden. De leveringszekerheid bij Europese voorraden is niet gegarandeerd, terwijl het structureel verbe-

teren van de leveringszekerheid een van de drie beleidsopgaven is van het programma pandemische paraatheid. De focus moet daarom op Nederlandse voorraden liggen, aldus deze leden. Graag zien zij dat Nederland in eigen beheer in de eigen voorraad kan voorzien, zodat als het misgaat Nederland niet afhankelijk is van de goedheid van anderen of de slechtheid van criminelen en woekervinsten. Graag ontvangen deze leden een reactie op alle voornoemde punten.

De leden van de PVV-fractie delen de mening dat ook de langdurige zorg goed voorbereid moet zijn op (pandemische) uitbraken. Zij vragen of infectiepreventie op dit moment nog geen onderdeel is van de kwaliteitscyclus en willen weten welke verbetering de Minister concreet voornemens is hierop aan te brengen. Graag ontvangen zij een aantal voorbeelden. Deze leden maken zich zorgen dat dit verbetertraject, wat periodiek ook geëvalueerd zal gaan worden door «vreemde» ogen, zal zorgen voor een toename in toch al veel te hoge de administratieve lasten in de langdurige zorg. Graag ontvangen deze leden een reactie. Welke «vreemde» ogen zullen mee gaan kijken?

Genoemde leden lezen dat de NZR nog steeds een beetje in de kinderschoenen staat, terwijl een jaar geleden nog werd gezegd er nu al zo'n 2000 zorgreservisten zouden zijn. Deze leden willen graag weten hoeveel zorgreservisten er nu daadwerkelijk zijn en of ze al worden ingezet. Zo ja, hoe worden zij ingezet en waar? Deze leden lezen dat de komende jaren geld wordt vrijgemaakt voor de zorgreservisten. Waarom is dit aanzienlijk minder dan dit jaar beschikbaar werd gesteld? Voor het jaar 2023 betreft dit namelijk 2,5 miljoen euro, voor 2024 3,9 miljoen euro en voor 2025 en 2026 3,6 miljoen euro. In 2022 ging er nog 5 miljoen euro naar de NZR. Deze leden begrijpen ook niet waarom de zorgreservisten nu een uiterste middel worden genoemd om de zorgcapaciteit op te schalen. Zorgreservisten zijn immers snel inzetbaar en kunnen direct bijspringen om het vaste zorgpersoneel te ondersteunen tijdens een crisis. Heeft de Minister niet langer de ambitie om een volwaardige permanente zorgreserve op te bouwen?

De leden van de PVV-fractie ergeren zich aan de wijze waarop de Minister oplossingen steeds in Europees verband zoekt, zoals ook nu weer bij de aankoop van vaccins. En dat terwijl de Algemene Rekenkamer nog onderzoek doet naar de Europese onderhandelingen over de aankoop van coronavaccins. Waarom wordt dat niet eerst afgewacht? Is de Minister op de hoogte van het lopende onderzoek van het Europese Openbaar Ministerie (EPPO) naar de aankoop van coronavaccins door de Europese Unie? Vindt de Minister dit niet verontrustend? Het EPPO jaagt normaal gesproken op fraudegeld. Nederland heeft zo'n drie miljard euro in coronavaccins geïnvesteerd. Daarvan moet men toch weten of dit rechtmatig is geweest? De Europese Commissie werkt uitermate ontransparant en ondemocratisch. Waarom zou men de commissievoorzitter Von der Leyen laten bepalen welke vaccins Nederland krijgt en wat Nederland daarvoor moet betalen? Genoemde leden bepleiten dat vaccininkoop weer een nationale aangelegenheid moet worden.

Zij zijn tot slot niet tevreden met de uitvoering van de motie van het lid Maeijer<sup>7</sup>. Deze motie verzoekt om onderzoek hoe generieke medicijnenproductie en grondstoffenproductie in Nederland kunnen worden behouden. De Minister wil dit doen «zo veel mogelijk in samenhang met de inzet van andere EU lidstaten en de Commissie op (opschaalbare) productie dicht bij huis.» Uit het debat bleek duidelijk dat deze motie de zelfvoorzienendheid van Nederland wil versterken, juist onafhankelijk van derde landen. Genoemde leden willen de garantie dat het onderzoek zich nadrukkelijk op Nederland richt. Graag ontvangen zij een reactie.

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 5

## Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. De Minister geeft op de eerste pagina van de brief aan dat waar mogelijk en relevant Caraïbisch Nederland aansluit bij de voorbereidingen. Genoemde leden vragen hoe ermee omgegaan wordt als het wel relevant is dat Caraïbisch Nederland aan zou moeten sluiten, maar dit door omstandigheden niet mogelijk is. Of komt dat niet voor? Graag ontvangen deze leden wat meer toelichting, want in de brief komen Bonaire, Sint Eustatius en Saba de (BES)-eilanden verder niet meer voor. Op de derde pagina van de brief staat dat de structurele versterking van de GGD er pas vanaf 2025 is. De leden van de CDA-fractie vragen waarom dat niet eerder kan. Als voorbeeld zien deze leden nu dat schurft steeds meer voorkomt, waarbij een sterke GGD noodzakelijk is om dit probleem aan te pakken.

Op de zesde pagina van de brief schrijft de Minister dat hij de Wpg wil aanpassen zodat het mogelijk wordt om bij uitbraak van een A-ziekte de medische-operationele processen aan te sturen. Op de vijftiende pagina staat dat hij landelijke regie wettelijk gaat borgen. De leden van de CDA-fractie vragen wat het tijdspad hiervan is. Genoemde leden vragen wat nu naar verwachting het tijdspad is met betrekking tot de tweede tranche van de aanpassing van de Wpg.

Op de zevende pagina van de brief staat dat in HLD eisen staan ten aanzien van de flexibiliteit en opschaalbaarheid van data en gebruikers. De leden van de CDA-fractie vragen welke eisen leveranciers krijgen. Uitwisseling van data kon eerder namelijk soms niet omdat systemen niet gekoppeld konden worden. Daarnaast schrijft de Minister op deze pagina dat hij knelpunten heeft verzameld met betrekking tot juridische grondslagen voor de uitwisseling van gegevens. Genoemde leden vragen of secundair gebruik van data hierin is meegenomen. Op de achtste pagina schrijft de Minister dat hij het RIVM gevraagd heeft het netwerk van referentielaboratoria te versterken. Zijn, c.q. worden alle laboratoria verplicht gegevens uit te wisselen en te delen met het RIVM?

De Minister schrijft over het versterken van het netwerk van laboratoria. Tevens staat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat regionale inrichting van de zorg van belang is, waar diagnostiek een cruciaal onderdeel van is, volgens een recente position paper van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)<sup>8</sup>. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister op de hoogte is van het toetreden van meerdere grote buitenlandse laboratoriumorganisaties op de Nederlandse zorgmarkt in de afgelopen vier, vijf jaar. Zo ja, is de Minister van mening dat dit een goede ontwikkeling is voor een sterk netwerk van laboratoria en tevens past in de lijn van het IZA?

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft recent geconstateerd dat de laboratoriumzorg regionaal plaatsvindt met voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten en verwijzers<sup>9</sup>. Het ACM-rapport beschrijft ook dat de laboratoriumdiagnostiek veelal plaatsvindt in een keten tussen eerste- en tweedelijnszorg, wat naadloos aansluit bij de doelen van het IZA, namelijk regionale samenwerking. Toetreding van grote internationaal opererende laboratoria is al eerder opgetreden in landen als Duitsland en Frankrijk. Dit heeft daar weliswaar geleid tot lagere kosten per verrichting (door schaalvergroting), maar de totale kosten van in-vitro-diagnostica per

<sup>8</sup> De Federatie Medisch Specialisten, mei 2022, «Diagnostiek: koersbepalend» ([https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-06/position\\_paper\\_diagnostiek.pdf](https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-06/position_paper_diagnostiek.pdf)).

<sup>9</sup> De Autoriteit Consument & Markt, 8 juli 2022, «Marktverkenning medische diagnostiek» ([www.acm.nl/system/files/documents/onderzoeksrapport-medische-diagnostiek.pdf](http://www.acm.nl/system/files/documents/onderzoeksrapport-medische-diagnostiek.pdf)).

hoofd van de bevolking zijn in deze landen hoger dan in Nederland<sup>10</sup>. Deelt de Minister de zorgen van de leden van de CDA-fractie dat als dit in Nederland ook gebeurt, dit een ontwikkeling zou kunnen zijn waarmee de regionale samenhang in de infectieziektezorgketen verbroken wordt en daarmee een gevaar voor pandemische paraatheid vormt? Deelt de Minister de mening van deze leden dat het toetreden van grote buitenlandse laboratoria met winst oogmerk een bedreiging vormt voor zowel de regionale organisatie als de financiële doelen binnen het Nederlandse zorgsysteem zoals opgesteld in het IZA? Hoe denkt de Minister te voorkomen dat Nederland in een onwenselijke situatie terechtkomt met een afhankelijkheid van grote diagnostische leveranciers, veelal in buitenlandse handen? Is deze afhankelijkheid van buitenlandse eigenaren van laboratoria een gevaar voor pandemische paraatheid, zoals men heeft gezien bij de voorziening van onder andere geneesmiddelen en mondkapjes? Is de Minister bereid in kaart te brengen welke risico's hiervan voor Nederland aanwezig zijn?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister erop toe gaat zien dat de regionale samenwerking van goed georganiseerde zorgketens met een verbindende rol voor het medisch microbiologisch laboratorium (MML) en de arts-microbioloog (AM) in beeld blijft bij internationaal opererende commerciële diagnostische laboratoria en dat de hoge kwaliteit van de infectieziektezorg, zowel voor de individuele patiënt als publieke gezondheidszorg (zoals pandemische paraatheid) behouden blijft. Is de Minister van plan deze ontwikkelingen te bespreken met de betrokken medische professionals om hier een proactieve zienswijze op te formuleren om te voorkomen dat achteraf kostbare hersteloperaties nodig zijn?

Op de dertiende pagina van de brief staat de opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) zes maanden duurt. Van artsen hebben de leden van de CDA-fractie begrepen dat bijvoorbeeld een verpleegkundige anesthesie vrij snel ingewerkt kan worden als IC-verpleegkundige en dat dat geen maanden hoeft te duren, maar eerder dat weken voldoende zijn. Worden vrijstellingen gegeven afhankelijk van de achtergrond van een zorgmedewerker? De Minister schrijft op deze zelfde pagina van de brief dat het doel voor de NZR van 5.000 medewerkers nog niet gehaald is. Genoemde leden vragen welke acties worden ondernomen om dit doel in afzienbare tijd wel te halen. Zij vragen wat de huidige infrastructuur van het Rode Kruis is en wat de uitdagingen zijn.

Op de zestiende pagina van de brief schrijft de Minister over regionale en landelijke zorgcoördinatie dat inzicht zoveel mogelijk beschikbaar is op grond van een landelijk systeem. Genoemde leden vragen waarom dit «zoveel mogelijk» beschikbaar komt, en waarom niet altijd. Waarom alleen bij crisis en niet altijd? Deelt de Minister de mening dat voor veel zorg alleen landelijke informatie toereikend is (zie daarvoor bijvoorbeeld recente schriftelijke Kamervragen over verloskunde<sup>11</sup>)? De Minister geeft aan dat hij landelijk dekkende zorgcoördinatie beoogt vanaf 2025. Is de Minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat data-uitwisseling en inzicht eigenlijk beschikbaar moet zijn vanaf 2023? Is de Minister bereid om dit te regelen? Zo nee, waarom moet dit nog zo lang duren? Deelt de Minister de mening dat nationale monitoring en regie er altijd moet zijn, ook als er geen crisis is? Wanneer is de structuur met betrekking tot de persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar? Waarom is er geen gebruikgemaakt van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)?

Op pagina 21 van de brief schrijft de Minister dat de sector medische producten produceert, niet de overheid. Maar dat staat toch los van eigenaarschap? Als voorbeeld verwijzen deze leden naar de NS, die

<sup>10</sup> Nederlandse vereniging voor medische microbiologie, 1 juni 2021, «De functionele inrichting van het medisch microbiologisch laboratoriumlandschap» ([http://www.nvmm.nl/media/4261/2021\\_nvmm-functionele-inrichting-van-het-mml-landschap-2.pdf](http://www.nvmm.nl/media/4261/2021_nvmm-functionele-inrichting-van-het-mml-landschap-2.pdf)).

<sup>11</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1152

railvervoer verzorgt, terwijl de overheid eigenaar is. De Minister wil toch ook aandeelhouder worden bij Pallas? Op de tweede pagina van de brief schrijft de Minister dat de overheid meer eigenaarschap gaat nemen. Graag ontvangen genoemde leden een reactie van de Minister. De Minister schrijft op deze pagina tevens dat hij in nationaal en in EU-verband investeert in het stimuleren van productie dichtbij huis (EU en Nederland). Op pagina 22 staat dat de Minister wil investeren in het beschikbaar houden van essentiële productiecapaciteit in de EU voor kritisch medische producten. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister zorgverzekeraars dan niet verplicht tot bepaalde inkoop binnen de EU of Nederland, waar dat kan. Daarnaast noemt de Minister op deze pagina het belang om meer kennis te hebben over onder andere gedrag. De leden van de CDA-fractie vragen of nader kan worden toegelicht welke specifieke acties er op dit gebied zijn, want de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM heeft op verzoek van genoemde leden in maart en november 2021 laten zien dat gedrag zeer grote impact heeft op effectiviteit van maatregelen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie**

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Kamerbrief over de beleidsagenda pandemische paraatheid. Waar deze leden kritisch waren over het lerend vermogen van de overheid tijdens de pandemie, steunen ze het doel van deze brief om voor de toekomst de juiste lessen te trekken. Zij hebben enkele vragen over de invulling van deze exercitie.

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie herkennen de behoefte voor meer leiding vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij medisch-operationele processen, maar zijn benieuwd naar de invulling hiervan. Deze leden vinden het belangrijk dat er een duidelijke taakverdeling is, ook omdat rolvermenging tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Outbreak Management Team (OMT) eerder in de COVID-19-pandemie tot een onwenselijke situatie heeft geleid. De LFI wordt ondergebracht bij het RIVM. Is het RIVM voldoende toegerust om deze nieuwe taak uit te voeren? Welke rol heeft de directeur van het Centrum Infectiebestrijding van het RIVM in die aansturing? Hoe past dat bij de rol die de directeur heeft binnen het OMT? Hoe verhoudt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich tot het RIVM in de leiding over medisch-operationele processen? Wat is de zienswijze van de Minister op het omvormen van het RIVM tot een zelfstandig bestuursorgaan, waar eerder een hoogleraar bestuurskunde en de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving voor hebben gepleit? Genoemde leden hechten erg aan bescherming van persoonsgegevens. Tijdens de COVID-19-pandemie is dit voor de GGD uitdagend gebleken. Welke extra stappen worden gezet om bescherming van persoonsgegevens beter te borgen? Deze leden steunen de inspanning om het informatielandschap op orde te krijgen. Kan de Minister toelichten welke vraagstukken er voorliggen over aanvullende middelen in de aanstaande voorjaarsbesluitvorming? Is de Minister het met deze leden eens dat geld nooit doorslaggevend mag zijn als het gaat om bescherming van medische persoonsgegevens?

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie merken op dat de Minister stelt dat er al verschillende acties lopen ten aanzien van het versterken van het zoönosenbeleid. Zij maken zich echter ernstig zorgen over het pandemisch potentieel van huidige zoönosen in omloop. Zo is het een gegeven dat het vogelgriepvirus slechts vijf mutaties weg is tot een infectieziekte die ook overdraagbaar is van mens op mens. Nu al zijn wereldwijd circa 450 mensen overleden aan de gevolgen van de vogelgriep. Hoe apprecieert de Minister de acute dreiging van nieuwe zoönosen

als de vogelgriep? Hoe reëel acht de Minister dit als dreiging voor de volksgezondheid? Welke acties worden concreet ondernomen om nieuwe zoönosen tegen te gaan? Indien er aanleiding is tot meer doen dan alleen onderzoek wat zijn dan mogelijk te nemen maatregelen, zijn daar al opvattingen en voorbereidingen voor getroffen? Waarom loopt het actieplan af in 2026? Deelt de Minister de opvatting dat het voorkomen van zoönosen beter is dan genezen? Zo ja, welke maatregelen worden kabinetsbreed genomen om zoönosen daadwerkelijk te voorkomen? Genoemde leden hebben vragen over het wetstraject rondom de Wpg (Pandemiewet). Acht de Minister het voorstelbaar dat de uitkomsten van het programma pandemische paraatheid leidt tot een gehele herziening van de Wpg – dus veel verstrekkender dan de eerste tranche? Wanneer denkt de Minister dat het traject van de herziening van het (nood)staatsrecht- en crisisrecht is afgerond?

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben groot respect voor de gigantische inspanning die zorgverleners de afgelopen jaren hebben geleverd om de zorg draaiende te houden tijdens de coronacrisis. Zij zien ook dat deze inspanning zijn weerslag heeft gehad, gezien de hoge verzuimcijfers in de zorg. Deze leden benadrukken het belang van een duurzaam arbeidsbeleid in de zorg. Zij geloven dat zzp'ers zoveel mogelijk naar een vast contract moeten gaan en verwachten dat werkgevers meewerken als zorgverleners ondanks de hoge werkdruk extra uren willen gaan werken. Dat gezegd hebbende, begrijpen deze leden dat bij een crisis flexibele opschaalbaarheid noodzakelijk is. Zij steunen het idee achter de modulaire opleiding BAZ en zijn benieuwd of na afronding van deze opleiding ook bijscholing wordt georganiseerd zodat de vaardigheden van de studenten behouden blijven. Ook zijn deze leden benieuwd hoeveel fte aan opschaling (in geval van nood) de Minister hoopt te bereiken met de NZR en hoe snel opschaling met een dergelijke reserve plaats zou kunnen vinden.

Genoemde leden lezen dat er tijdens de crisis een grote meerwaarde was in regionale en landelijke zorgcoördinatie. Zij moedigen het verbreden van de landelijke functie rond spreiding van patiënten aan. Deze leden lezen dat het netwerk uiterlijk in 2025 uitgerold zal zijn. Maar de zorg loopt nu al aan alle kanten over en zorgverleners hebben vaak grote moeite om een plek te vinden voor hun patiënten. Wat doet de Minister om zorgverleners ook nu te helpen en het huidige zorginfarct te bestrijden? Wanneer kan de Minister de Kamer informeren over de stappen die al gezet kunnen worden om zorgcontinuïteit te borgen? Kan de Minister beschrijven welke rol hij ziet voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor zorgverzekeraars bij meer landelijke sturing en coördinatie op capaciteit? Hoe wordt de aangenomen motie van de leden Westerveld en Kuiken over een IC-basiscapaciteit van ten minste 1.150 bedden wordt uitgevoerd<sup>12</sup>?

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie maken zich grote zorgen over het gebrek aan centrale regie en kabinetsbreed gebrek aan coördinatie rondom het meer zelfvoorzienend worden van (medische-)producten en (genees-)hulpmiddelen gedurende een pandemie. De Minister zet in op een gezamenlijke Europese agenda. Hoewel genoemde leden geloven in Europese samenwerking, geloven zij ook in de sterke rol van de overheid in plaats van heilig geloof in de markt. Bovendien was gedurende het begin van de pandemische uitbraak op Europees grondgebied er welhaast geen sprake van Europese solidariteit en samenwerking. Deze leden brengen graag bij de Minister opnieuw in herinnering dat import en distributie van hulpmiddelen en producten als beademingsapparaten niet gestroomlijnd en solidair in Europees verband verliep. Wat betreft de bevoorrading vragen de zij waar de Minister de respectievelijke zes en

---

<sup>12</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1905

twee weken termijn op heeft gebaseerd. Welke bevoorrading acht de Minister van essentieel belang in deze?

Genoemde leden merken op dat de Minister het streven heeft, naar aanleiding van de motie van het lid Maeijer<sup>13</sup>, om generieke medicijnproductie en grondstoffenproductie in Nederland te behouden. Zij vragen hoe de Minister dit zich voorstelt, aangezien de Minister helemaal geen zeggenschap heeft over marktpartijen. Hoe verhoudt dit voornemen zich tot de voorgenomen privatisering van Intravacc? De voornoemde leden zijn van mening dat de coronacrisis heeft aangetoond dat de ontwikkeling van nieuwe vaccins en geneesmiddelen én de productie daarvan weer gedeeltelijk in publieke handen moet zijn.

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie zijn benieuwd naar de rol en het budget voor onderzoek naar de lange termijneffecten van corona in de lange termijn kennisagenda. Hoeveel wil de Minister hiervoor beschikbaar stellen en in hoeverre zijn deze middelen structureel? Tevens achten genoemde leden het van belang dat kennis en innovaties (patenten) gefinancierd met publiek geld, beschikbaar wordt gesteld aan de internationale gemeenschap. Wat is het huidige kabinetsbeleid rondom de COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP) van de WHO, en in hoeverre zet de Minister zich in voor dergelijke samenwerking op andere medische gebieden? Tot slot vragen genoemde leden hoe de zienswijze van de Minister met betrekking tot C-TAP rijmt met het niet willen opnemen van het potentiële coronavaccin aan C-TAP van Intravacc in de verkoopvoorwaarden, ondanks deze gedane belofte van Intravacc zelf.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden lezen dat de Minister stelt dat er voldoende zorgverleners moeten zijn. Tegelijkertijd stelt hij dat hun aantal niet mag groeien, terwijl er momenteel al forse personeelstekorten zijn. In plaats daarvan wil de Minister inzetten op de flexibele inzet van zorgverleners. Genoemde leden vragen de Minister wat het effect van deze keuzes is op het afschalen van de reguliere zorg ten tijde van een pandemie. Moet de reguliere zorg sneller worden afgeschaald als wordt ingezet op het niet-oplossen van personeelstekorten?

Genoemde leden zijn positief over het feit dat de Minister in zijn brief spreekt over «structurele versterking van de GGD'en». Zij vragen de Minister of hier ook de financiële versterking van de GGD'en mee bedoeld wordt. Is de Minister van plan om financiering te verbeteren en deze voortaan meer landelijk te organiseren? Voorts vragen zij hoe de Minister van plan is om vorm te geven aan een «slagvaardig, flexibele en opschalbare publieke gezondheidszorg». Wordt er hierbij ingezet op het snel kunnen opschalen van de GGD'en? Zo ja, op welke manier?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe hij de afweging maakt tussen de noodzaak van een krachtige landelijke pandemiebestrijding en de autonomie van de lokale GGD'en tijdens de uitbraak van een pandemie. Hoe wordt voorkomen dat onuitlegbare verschillen ontstaan in de aanpak van een landelijke uitbraak van een infectieziekte? Is de Minister van plan om een duidelijke scheiding aan te brengen tussen de structuren van advisering en besluitvorming tijdens volgende pandemieën? Zo ja, hoe?

Hoe wordt een gelijkwaardige positie van de langdurige zorg gewaarborgd in de pandemiebestrijding? Hoe wordt voorkomen dat bij de uitbraak van een nieuwe pandemie de langdurige zorg weer onvoldoende prioriteit krijgt?

<sup>13</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 5

Genoemde leden vragen de Minister hoe hij van plan is om de impact van de genomen maatregelen tijdens een volgende pandemie goed te monitoren, zodat duidelijk kan worden welk effect deze maatregelen hebben in de bestrijding van deze pandemie.

Zij vragen hoe het momenteel staat met de zorgreserve. Hoeveel aanmeldingen zijn er tot nu toe en hoe verhoudt zich dat tot de gewenste uiteindelijke grootte van de zorgreserve? Genoemde leden lezen dat de Minister werkt aan landelijk dekkende zorgcoördinatie. Hoe verhoudt dit zich tot het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)? De leden van de SP-fractie lezen dat de Europese Commissie inzet op voldoende productiecapaciteit voor vaccins in Europa en dat binnen de WHO ook wordt ingezet op geografische spreiding van productiecapaciteit. Zij vragen of hierbij ook wordt gekeken naar de verdeling van het eigendom van deze productiecapaciteit en het intellectueel eigendom van hetgeen geproduceerd wordt. Houden grote mondiaal opererende farmaceuten niet nog steeds een grote mate van zeggenschap over de productie en verdeling van vaccins en geneesmiddelen, als zij de productiefaciliteiten en/of de intellectuele eigendomsrechten hiervan in bezit hebben? Zij lezen daarnaast dat de Minister schrijft dat hij daarnaast «innovatie [wil] stimuleren zodat een ecosysteem van academie en bedrijven samen oplossingen creëren voor het sneller detecteren, diagnosticeren en bestrijden van toekomstige pandemieën.» Is de Minister het ermee eens dat die innovatie niet gebaat is bij het monopoliseren van kennis? Genoemde leden lezen daarnaast dat de Minister bij de innovatieagenda pandemische paraatheid «bijzondere aandacht» heeft voor vaccins. Dit staat volgens deze leden in schril contrast met de privatisering van Intravacc, waarmee de Minister een belangrijk deel van de Nederlandse innovatiekracht op het gebied van vaccins overlevert aan de vrije markt. Is de Minister bereid om de daad bij het woord te voegen en de geplande privatisering van Intravacc af te blazen?

De leden van de SP-fractie lezen dat momenteel gesproken wordt over de totstandkoming van een «pandemisch instrument». Kan de Minister ingaan op welke onderwerpen daarbij momenteel op tafel liggen? Op welke terreinen worden mogelijk afspraken gemaakt via dit instrument? Tot slot vragen genoemde leden of de financiering van het beleidsprogramma pandemische paraatheid wel in verhouding staat tot de forse ambities van de Minister op dit gebied. Hoe wil de Minister zijn doelen bereiken als er maar zo beperkt budget beschikbaar wordt gesteld?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie**

De leden van de PvdD-fractie hebben met interesse het beleidsprogramma pandemische paraatheid doorgenomen. Deze leden zijn blij dat in dit beleidsprogramma ook het versterken van het zoönosenbeleid is opgenomen. Zij missen hierin nog altijd de inzet op preventie. De Minister bevestigde zelf al in het commissiedebat Zoönosen en dierziekten van 13 oktober jongstleden (Kamerstuk 28 286, nr. 1263) dat het zoönosebeleid erop is gericht om signalen tijdig op te vangen en zo nodig in te grijpen. Uiteraard is dit van groot belang om te voorkomen dat een infectieziekte zich snel verder kan verspreiden. Maar op het moment dat moet worden ingegrepen heeft al een infectie plaatsgevonden. Hoewel infectieziekten van alle tijden zijn en het ontstaan van een nieuwe pandemie nooit kan worden voorkomen, is het van groot belang om de kans dat dit gebeurt zo klein mogelijk te maken, en zeker om de kans hierop niet onnodig groot te maken, zoals in Nederland nog altijd het geval is. Genoemde leden missen bij dit kabinet nog altijd het gevoel van urgentie om de grote risicofactoren aan te pakken.

Eén van de zoönosen die volgens diverse wetenschappers zou kunnen leiden tot een nieuwe pandemie, is het vogelgriepvirus. Er is, niet alleen bij genoemde leden maar ook bij virologen en andere wetenschappers,

serieuze twijfel of de waarschuwingssignalen wel voldoende worden gehoord. Het vogelgriepvirus verspreidt zich op dit moment ongekend lang en steeds verder over de wereld, waarbij steeds meer dieren en meer diersoorten besmet raken. Ook zoogdieren, waaronder mensen. Onlangs merkte een auteur in de New York Times op dat het overspringen van een virus van de ene diersoort naar de andere diersoort waarschuwingssignalen zijn.<sup>14</sup> Hoe vaker dit gebeurt, hoe groter de kans dat één enkele infectie leidt tot een ramp. De vraag is of deze waarschuwingssignalen wel worden gehoord én of men bereid is hier op te reageren. Hoe ziet de Minister dit?

In Nederland merkte een viroloog van het Erasmus MC onlangs op dat vogelgriep niet hoog genoeg op de politieke agenda staat<sup>15</sup>. Eerder dit jaar zei ook de hoogleraar virologie aan het Erasmus MC te Rotterdam dat het ingewikkeld is om vogelgriep op de agenda te krijgen, terwijl het gaat om een permanente pandemische dreiging, direct in onze achtertuin<sup>16</sup>. Hoe is het mogelijk dat vooraanstaande wetenschappers die onder andere ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adviseren, hier bij herhaling op wijzen? Wat gaat de Minister doen om dit te veranderen? De viroloog van het Erasmus MC signaleert tevens dat de Nederlandse overheid vogelgriep nog steeds niet behandelt als een zoönose. Er wordt nog vooral gevraagd om en gekoerst op de adviezen van de Deskundigen-groep Dierziekten, waar hoofdzakelijk veterinaire deskundigen in deelnemen. Herkent de Minister dit? Vindt de Minister dat virologen en artsen op dit moment voldoende worden betrokken in de besluitvorming over de bestrijding van het vogelgriepvirus?

Heeft sinds begin maart nog een deskundigenberaad zoönosen plaatsgevonden, waar meer artsen en virologen aan deelnemen? Zo ja, wanneer en kan de Kamer hier verslag van ontvangen? In het deskundigenberaad in maart 2022 werd gewaarschuwd dat het reëel is dat voor de mens gevaarlijkere virusvarianten in de komende seizoenen deze kant op zullen komen. Ook een bijzonder hoogleraar moleculaire virologie aan Erasmus MC wees deze week nog op zo'n variant, vogelgriepvirus H5N6, die in China al heeft gezorgd voor veel besmettingen bij zoogdieren, waaronder tientallen mensen<sup>17</sup>. Daarmee lijkt het beter aangepast te zijn aan zoogdieren. Ongeveer de helft van de besmette mensen is overleden. Kan de Minister toelichten op welke manier wordt gemonitord of H5N6 zich verder aan het verspreiden is? Is de informatie-uitwisseling hierover met de verschillende landen op de vogeltrekroutes voldoende op orde? Tijdens het commissiedebat Zoönosen en dierziekten in oktober werd aangekondigd dat wordt onderzocht hoe nieuwvestiging en uitbreiding van pluimveebedrijven in risicogebieden kan worden voorkomen. Dat is een belangrijke aanbeveling van onder andere de commissie Bekedam, maar dit is ook door andere wetenschappers al diverse keren benoemd in de afgelopen twintig jaar. Bij deze verkenning zou worden gekeken naar mogelijkheden op het gebied van ruimtelijke ordening en naar een mogelijke wijziging van de Wet dieren. Genoemde leden vragen de Minister wat de stand van zaken is met betrekking tot deze verkenning. Deelt de Minister de mening dat het creëren van een juridisch instrumentarium niet alleen nodig is om te kunnen sturen op de aanwezigheid van

<sup>14</sup> The New York Times, 31 oktober 2022, «A Dolphin, a Porpoise and Two Men Got Bird Flu. That's a Warning to the Rest of Us.»

<sup>15</sup> NRC, 24 november 2022, «Kippen hebben nog altijd geen griep prik gekregen. Een viroloog wil haast maken» (<https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/24/kippen-hebben-nog-altijd-geen-griep-prik-gekegen-een-viroloog-wil-haast-maken-a4149223?t=1669292526>).

<sup>16</sup> VPRO, 20 februari 2022, Uitzending Buitenhof (<https://www.vpro.nl/buitenhof/lees/in-de-uitzending/2022/20-februari.html>).

<sup>17</sup> De Volkskrant, 28 november 2022, «Allang niet meer alleen voor vogels: een paar mutaties, en de vogelgriep kan pandemisch worden» (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/allang-niet-meer-alleen-voor-vogels-een-paar-mutaties-en-de-vogelgriep-kan-pandemisch-worden~b8149673/>).

pluimveebedrijven in risicogebieden, maar ook om invloed te kunnen hebben op vestiging en uitbreiding van bedrijven in andere sectoren waarvan bekend is dat deze risico's opleveren voor de volksgezondheid, zoals bedrijven met geiten nabij woonwijken en bedrijven met varkens en pluimvee die op korte afstand van elkaar zijn gehuisvest? Gaat deze Minister zich inspannen om ervoor te zorgen dat er een breder juridisch instrumentarium voor zal worden ontwikkeld, zodat niet alleen de dreiging van het vogelgriepvirus wordt aangepakt?

Tevens vragen genoemde leden naar de uitvoering van de aangenomen motie van het lid Van Esch die de regering oproep om de aanbevelingen van de commissie-Bekedam en van het RIVM, die zien op veedichtheid en afstandsnormen, als kaders mee te geven in de startpakketten aan de provincies, aangezien deze significante ruimtelijke consequenties hebben<sup>18</sup>. Wordt dit in samenhang opgepakt met de voorgenoemde verkenning?

Tot slot vragen de leden van de PvdD-fractie naar de stand van zaken met betrekking tot de monitoring van influenzavirussen bij varkens (aangenomen (Handelingen II 2021/22, nr. 62, item 22) gewijzigde motie van de leden Ouwehand en Tjeerd de Groot<sup>19</sup>). Wordt hierbij ook gekeken naar de aanwezigheid van vogelgriepvirussen in varkensstallen? Wat gaat de Minister doen met de 143 bedrijven die op dit moment nog zowel varkens als kippen houden, nog los van de vele varkens- en pluimveebedrijven die dicht bij elkaar staan – te dicht volgens de adviezen hierover van het RIVM? Met de huidige verspreiding van het vogelgriepvirus lijkt een adequaat systeem van monitoring van groot belang. Deelt de Minister die mening? Komt er een verzaamd programma voor de monitoring van virussen bij gemengde bedrijven?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Deze leden maken van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen. Wat betekent het dat de Minister voor het beleidsprogramma pandemische paraatheid een periode van vier jaar heeft uitgetrokken? Hoe rijmt dit met de structurele middelen die voor pandemische paraatheid zijn gereserveerd?

Genoemde leden juichen het toe dat de Minister vanuit scenario's wil werken voor mogelijke volgende pandemieën. Wanneer kan de Kamer deze scenario's verwachten? Welke aspecten worden erin meegenomen? Deze leden vragen op welke manier bij de uitwerking het advies onder leiding van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) «Coronascenario's doordacht: Handreiking voor noodzakelijke keuzes» uit 2022 wordt betrokken.

Genoemde leden vragen om de Kamer uitgebreider te informeren over de versterkingen van de infectieziektebestrijding die in het plan van aanpak 2023–2024 staan, meer dan de vijf thema's die in de brief worden genoemd. Worden met dit plan van aanpak alle kwetsbaarheden weggewerkt? Zo niet, welke niet? Welke afwegingen leiden tot deze keuze? De leden van de ChristenUnie-fractie lezen met instemming dat een onderdeel van de in te richten LFI, grootschalig testen is. Neemt het RIVM daarin de laatste inzichten en ervaringen mee over effectieve grootschalige testvormen die nog niet op grote schaal zijn toegepast in Nederland? Hoe worden evaluaties in omliggende landen betrokken voor het goed inrichten vandoor stelsel?

Wanneer verwacht de Minister de tweede en derde tranche van de wijziging van de Wpg aan de Kamer aan te bieden? Hoe verhoudt zich dit

<sup>18</sup> Kamerstuk 29 383, nr. 369.

<sup>19</sup> Kamerstuk 28 807, nr. 258.

tot de verdere wetgevingsvoornemens van dit kabinet inzake de actualisatie van het crisisrecht?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de aangekondigde ruim 3,5 mln. structureel beschikbaar is voor de opleidingscapaciteit voor artsen infectieziektebestrijding en of dit voldoende is voor de geraamde 23 arbeidsplekken per jaar. Daarnaast vragen deze leden welke inspanningen worden verricht om de animo voor het volgen van deze specialisatie bij studenten geneeskunde te vergroten. Zij vragen of de Minister in beeld heeft hoe het komt dat de animo tot nu toe minder lijkt voor deze en andere specialisaties richting de eerstelijns. Zo ja, kan de Minister dit toelichten? Zo nee, is de Minister bereid met snelheid hiertoe onderzoek te doen ten einde passend beleid te ontwikkelen? Op welke aantallen studenten voor de opleiding BAZ rekent de Minister voor de komende jaren? Is het bedrag dat voor deze opleiding gereserveerd wordt voldoende voor de vraag naar flexibel inzetbaar personeel, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Welke inspanningen gaat de Minister verrichten als het aantal studenten in de opleiding BAZ of instroom bij de NZR achterloopt op de verwachtingen en ambities?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of zij het goed lezen dat ten aanzien van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers de Minister niet extra inzet op het toerusten en ondersteunen van mantelzorg en vrijwilligerswerk ten tijde van een pandemie. Als dit zo is, dan zouden deze leden dat zeer betreuren en zij moedigen de Minister aan om in het uitwerken van scenario's de rol van informele zorg te betrekken en te doordenken welke extra ondersteuning informele zorgverleners nodig hebben als er een pandemie heerst. Genoemde leden vragen bovendien wat de Minister bedoelt met de zinsnede over het belang van de betrokkenheid van gemeenten, vrijwilligers en mantelzorgers in de infrastructuur van pandemische paraatheid. Kan de Minister dit verder uitwerken? Zij vragen tevens om meer waardering voor en betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld, zoals in de coronatijd de kerken, bibliotheken en het Leger des Heils heel veel hebben betekend.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister of in het onderdeel sturing en regie ook wordt uitgewerkt wat er toen staat als de zorgcapaciteit niet toereikend is: de zogenaamde code rood of zwart. Deze leden vinden het belangrijk dat ethische afwegingen zijn uitgewerkt in scenario's, zodat als de crisis oploopt afgewogen keuzes gemaakt kunnen worden welke zorgvragen voorrang krijgen en welke uitgestelde zorg en bijbehorende gezondheidsschade te verantwoorden is.

Ten aanzien van de productiecapaciteit van geneesmiddelen en hulpmiddelen vragen genoemde leden of de Minister aan kan geven welke productiecapaciteit wat de Minister betreft in Nederland moet plaatsvinden en welke in Europa. Zij vragen tot welke strategische agenda dat verder leidt.

De leden van de ChristenUnie-fractie steunen de Minister in zijn voornemens rondom de kennisprogramma's. Zij zien in het bijzonder het nut van het nieuwe programma bij de RIVM dat specifiek gericht is op gedragsinzichten tijdens pandemieën, waarbij bijzondere aandacht uitgaat naar kwetsbare groepen. Zij vragen de Minister de Kamer hierover te informeren en opgedane kennis ook een plek te laten geven in het Maatschappelijk Impact Team (MIT).

Ten aanzien van innovatieve oplossingen vragen deze leden of de Minister voornemens is in de innovatieve agenda de doorontwikkeling van testmethoden mee te nemen. Deze leden vinden het belangrijk dat naast investeringen in de ontwikkeling van vaccins ook geïnvesteerd wordt in testen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zien het grote belang van Europese en mondiale samenwerking bij grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Zij zien dat Nederland een duidelijke verantwoordelijkheid heeft om bij te dragen aan preventie, productie, kennisdeling en verdeling van

genees- en hulpmiddelen aan derdewereldlanden. Zij tellen de jaarlijkse financiële bijdragen op tot dertien miljoen euro op dit terrein. Klopt dit? Deze leden vragen of deze bijdrage in verhouding staat met de totale financiële ruimte voor pandemische paraatheid, gelet op de ongelijke verdeling van toegang tot goede zorg en op het welbegrepen eigenbelang van Nederland om mondiale verspreiding van een virus te voorkomen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep van Haga-fractie**

De leden van de Groep Van Haga hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot het beleidsprogramma pandemische paraatheid en hebben een aantal vragen. Genoemde leden willen graag geïnformeerd worden over de manier waarop en door wie toezicht wordt gehouden op de financiële middelen die worden uitgetrokken voor het versterken van de pandemische paraatheid. Tijdens de coronacrisis is gebleken dat vele uitgaven naderhand niet konden worden verantwoord. Hoe gaat gegarandeerd worden dat nu wel alle bonnetjes worden bewaard en hoe worden deze bedragen gedekt?

Voorts vragen deze leden wat gaat gebeuren met de miljoenen die in 2023 en 2024 worden gespendeerd aan de inrichting van een LFI. Wat gaat dit LFI precies doen? Wat betekent de «coördinerende rol» die dit orgaan zal spelen bij een «volgende pandemie» en de «snelle opschaling en aansturing van medisch operationele processen»? Wie/wat gaan deel uitmaken van dit LFI? Waarom maakt het instrumentarium van testen, traceren en vaccineren in het beleidsprogramma bij voorbaat deel uit van de strategie van de LFI? Betekent dit dat er wordt voortgeborduurd op de COVID-19-strategie van de afgelopen jaren en zal een dergelijke aanpak voortaan bij alle uitbraken van (nieuwe) infectieziekten worde gezien? Waarom gaat het LFI worden aangestuurd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Is het niet beter om dit orgaan te laten aansturen door een onafhankelijke partij, met expertise op het gebied van infectiebestrijding? Zo nee, waarom niet? Hoe en door welke onafhankelijke partij worden het beleid en de overstijgende bevoegdheid en besluitvorming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die verankerd moet worden in de Wpg, bij een volgende pandemie getoetst? Ook vragen de leden van de Groep Van Haga op welke manier de miljoenen die begroot zijn voor het structureel versterken van de GGD'en precies worden besteed en willen zij graag inzichtelijk hebben wat het versterkingsprogramma voor GGD'en precies inhoudt. Worden opnieuw en/of in het geval van een nieuwe infectieziektebedreiging vele nieuwe medewerkers aangetrokken, zoals bij de coronacrisis het geval was, terwijl voor hen op vele momenten helemaal niet genoeg werk was? Ook willen genoemde leden graag weten waarom de Minister het noodzakelijk acht om in de tweede tranche van de wijziging van de Wpg verregaande overkoepelende bevoegdheden voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de GGD'en te verankeren. Betekent dit dat de GGD'en zelf geen zeggenschap meer hebben over hun procesvoering en bestuur? Daarnaast willen deze leden graag een uiteenzetting van de manier waarop de beoogde nieuwe ICT-systemen en informatievoorzieningen worden ingezet en zullen bijdragen aan de pandemische paraatheid. Waarom zijn de huidige ICT-systemen niet toereikend en op welke manier wordt de (medische) privacy van burgers in deze nieuwe infrastructuur geborgd? Wat wordt precies bedoeld met een «pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap»? Kan het advies van de KPMG hierover worden gedeeld?

In de brief van de Minister wordt gesproken over een programma met betrekking tot «gedragsinzichten tijdens een pandemie» bij het RIVM. Kan de inhoud van dit programma openbaar worden gemaakt? Op welke

manier gaat gedragsbeïnvloeding/verandering deel uitmaken van het programma voor versterking van de pandemische paraatheid? Is het wel gerechtvaardigd om opnieuw psychologische (druk)middelen in te zetten in het kader van ziektebestrijding, gezien de schade die dit tijdens de coronacrisis heeft aangericht?

Ook willen deze leden graag weten waarom miljoenen worden geïnvesteerd in onderzoek naar ventilatie en virusverspreiding, terwijl genoemde leden allang weten dat ventilatie werkt tegen de verspreiding van virussen, maar de afgelopen jaren vrijwel geen concrete actie is ondernomen om publieke ruimtes adequaat te ventileren. Kan de Minister deze gelden niet beter gebruiken voor het implementeren van de kennis die er is en bijvoorbeeld door het installeren van goede CO<sub>2</sub>-meters in alle publieke binnenruimtes in Nederland en bevolkingsbrede voorlichtingscampagnes over ventilatie? Is het niet beter om het grootste deel van het geld dat Nederland uitgeeft aan de versterking van pandemische paraatheid in te zetten voor het opschalen van de zorg in eigen land, aangezien niet zozeer de uitbraak van (nieuwe) virussen, als wel de falende zorgcapaciteit in Nederland voor problemen zorgt? Zo nee, waarom niet?

Op welke manier wordt de beschikbaarheid van medische producten in crisistijd geborgd? Kan inzichtelijk worden gemaakt wat de programma's daarvoor precies behelzen? Hoe gaat een nieuwe «Sywert-deal» voorkomen worden? Kan gegarandeerd worden dat de normale procedures te allen tijde gevolgd zullen worden? Hoe houdt Nederland autonomie op de eigen inkoop en bevoorrading als er primair op Europees niveau wordt aangestuurd en uitgevoerd?

De leden van de Groep Van Haga uiten hun zorgen over de eventuele betrokkenheid en invloed van ongekozen, internationale organen, zoals de EU, HERA en de WHO bij de Nederlandse strategie voor versterking van de pandemische paraatheid. Zijn hierover afspraken gemaakt? Zo ja, welke en door/met wie? Heeft de Minister zich geëngagementeerd aan bepaald internationale eisen? Zo ja, welke en waarom? Hoe en wanneer kan Nederland nog besluiten om autonoom te opereren tijdens een vermeende internationale gezondheids crisis en hoe ver gaat het Nederlands vetorecht nog? Hoe wordt bepaald of de overkoepelende Europese plannen een meerwaarde hebben voor de nationale pandemische paraatheid? Wat zijn daarvoor de criteria? Hoe wordt het vergaren, delen en implementeren van onafhankelijke wetenschap geborgd bij de beoogde kennisgefundeerde aanpak en innovatie in het beleidsprogramma? Ook vragen de leden van de Groep Van Haga om verduidelijking over wat er in de brief van de Minister wordt bedoeld met een «vaccinatievoorziening voor volwassenen». Wordt vaccineren bij alle (nieuwe) virusuitbraken een standaard middel ter bestrijding? Zo ja, hoe weten genoemde leden of dit medisch verantwoord is en op welke termijn denkt de Minister dat na de uitbraak van een nieuw virus een nieuw vaccin op de markt gebracht zal kunnen worden? Zullen deze nieuwe vaccins opnieuw op experimentele basis worden verstrekt aan grote groepen in de bevolking en op welke manier wordt de veiligheid en de effectiviteit gegarandeerd? Gaat de Minister de bevolking bij deze vaccins wel transparant informeren over de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen? Wat zijn de criteria om een nieuwe virusuitbraak te classificeren als een uitbraak met een A-status, waarbij verregaande collectieve maatregelen getroffen kunnen worden middels een wettelijk instrumentarium?

Ook willen deze leden graag verduidelijking over wat er gebeurt met de jaarlijkse investering van drie miljoen euro in CEPI en de miljoenen die worden geïnvesteerd in *regulatory science*, waarmee heel veel geld wordt geïnvesteerd in initiatieven die zich voor een groot deel richten op de ontwikkeling van vaccins als therapie. Hoe is de onafhankelijkheid van deze organisaties en initiatieven gewaarborgd? Wie maken hier deel van uit en wie hebben beslissingsbevoegdheid? Hoe wordt bepaald op welke

manier de gelden die aan deze organisatie toekomen worden besteed? Hoe wordt de tien miljoen euro die Nederland investeert in het *Financial Intermediary Fund for Pandemic Prevention, Preparedness and Respons* precies besteed? Is het gerechtvaardigd dat Nederland zo'n groot bedrag investeert in de pandemische paraatheid van andere landen, terwijl in Nederland de zorgcapaciteit sterk te wensen overlaat?

Tenslotte vragen de leden van de Groep Van Haga waarom in het beleidsprogramma nauwelijks wordt gesproken over het inzetten op preventie in de vorm van gezond leven, leefstijlverbetering en preventie, aangezien de coronacrisis heeft geleerd dat de huidige leefstijl grotendeels een belangrijke factor is in kwetsbaarheid voor infectieziekten. Waarom lijkt het programma nauwelijks gericht te zijn op het gericht specifiek beschermen van kwetsbare groepen in de samenleving en de facilitering daarvan? Heeft de coronacrisis niet laten zien dat bevolkingsbreed ingrijpende maatregelen nemen meer kwaad dan goed doet en het waarschijnlijk beter is om in plaats daarvan de kwetsbaren actief te beschermen, terwijl de rest van de samenleving door blijft draaien?

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief van de Minister inzake het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Genoemd lid waardeert de grondige aanpak van de Minister. Het lid hoopt wel dat dit niet ten koste gaat van een totaaloverzicht en onderlinge samenhang. Zij heeft nog wat aanvullende vragen over de brief. Genoemd lid verzoekt de Minister om meer inzicht te geven in de verdeling van het budget van 37 miljoen euro die wordt ingezet voor de korte termijn versterkingen van de infectieziektebestrijding bij de GGD'en.

Het lid van de BBB-fractie vraagt of de Persoonlijke Gezondheidsomgeving die de Minister noemt dezelfde Persoonlijke Gezondheidsomgeving is zoals die door ziekenhuizen wordt gebruikt. Gaat het hier om één systeem of wordt hiervoor weer een aparte Persoonlijke Gezondheidsomgeving opgetuigd? Zij ondersteunt het idee van een informatievoorzieningslandschap, maar vraagt hoe er zorg voor wordt gedragen dat dit daadwerkelijk functioneert op het moment dat sprake is van een pandemie. Als het goed is zal Nederland zich immers niet continu in een staat van pandemie bevinden en is dit informatievoorzieningslandschap dan «slapend». Hoe ziet de Minister dit voor zich?

Genoemd lid zou ook graag wat toelichting willen op «een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD». Wat wordt daar precies mee bedoeld? Is dit een voorziening die continu aanwezig is? Het lid van de BBB-fractie is van mening dat het verstandig is om in te zetten op het flexibel kunnen opschalen van de zorgcapaciteit. Maar het lid denkt ook dat daarvoor de basis goed moet zijn. In een situatie waarin voortdurend bezuinigd wordt op de zorg en er grote tekorten zijn aan zorgpersoneel, is daar geen sprake van. In hoeverre neemt de Minister dit mee en kijkt de Minister niet alleen naar de flexibele top van het opschalen maar ook naar een goede basis? De Minister heeft het namelijk wel over technische innovaties en opleiden, maar zonder een juiste, passende beloning en een fijne werkomgeving wordt zorgpersoneel niet vastgehouden. Een perspectief daarop ziet het lid van de BBB-fractie niet terug in de plannen van de Minister, ook niet in de toekomstplannen op het gebied van de arbeidsmarkt in de zorg. Hoe ziet de Minister de inzet van zorgpersoneel vanuit het buitenland in dit kader?

Genoemd lid vindt dat de Minister als het gaat om de leveringszekerheid van medicijnen erg leunt op de EU. Samenwerking op dit vlak wordt door het lid zeker ondersteund, maar in de afgelopen decennia heeft men de medicijnproductie voor een groot deel laten vertrekken naar landen als China. Het lid maakt zich daar zorgen over en is dan ook blij dat onderzoek wordt gedaan naar het stimuleren van duurzame productie dicht bij huis.

Het lid van de BBB-fractie begrijpt dat internationale samenwerking in tijden van een pandemie zeer belangrijk is, maar onduidelijk blijft hierin hoe zelfstandig Nederland daarin kan blijven. Tenslotte mist het lid van de BBB-fractie in de brief van de Minister nog de lessen die geleerd zijn tijdens de COVID-19-pandemie. Een grondige evaluatie van deze periode kan hier volgens het lid aan bijdragen. Graag ontvangt zij een reactie van de Minister daarop.

## **II Reactie van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief met daarin de verdere uitwerking van de beleidsagenda pandemische paraatheid. Deze leden zijn positief over de constatering dat werk wordt gemaakt van voorbereiding op potentiële pandemieën. Zij zijn positief over de gezamenlijkheid en integraliteit van de aanpak die de Minister voorstelt, maar zien in de brief vooral voorzichtige beginnetjes. Deze leden willen graag meer zicht op de concrete en inhoudelijke stappen die worden gezet en hebben nog vragen daarover. Allereerst willen deze leden weten op welke termijn de Minister inzicht in de genoemde potentiële risico's en achterliggende scenario's met de Kamer deelt.*

Scenario's zijn een belangrijk instrument om te anticiperen op potentiële pandemieën en te toetsen hoe de pandemische paraatheid ervoor staat. Daarnaast zijn scenario's een essentieel instrument tijdens de bestrijding van een pandemie om mogelijke stappen en interventies inzichtelijk te maken. In het kader van tijdig anticiperen en toetsen ben ik momenteel met het RIVM in gesprek hoe het best in kaart kan worden gebracht wat er aan ziektebeelden op ons afkomt en wat er verder nodig is voor de uitwerking van de scenario's. Op basis van de opbrengsten hiervan wordt de verdere uitwerking nader ingevuld. Daarnaast wil ik ook het instrument scenario's en de toepassing ervan door ontwikkelen en daarbij gebruik maken van ervaring in andere beleidsterreinen en internationaal beschikbare kennis. Ik wil dit onderwerp dan ook betrekken bij de kennisagenda pandemische paraatheid. Via de voortgangsbrieven over pandemische paraatheid, waarvan de eerstvolgende is voorzien in het najaar van 2023, informeer ik u over de uitkomsten en het vervolg.

*Ook willen zij een compact overzicht van de lessen uit de COVID-19-pandemie die bij deze aanpak worden gebruikt. Dus niet zozeer dát «lessen worden gebruikt», maar welke lessen er zijn geleerd die van invloed zijn op de aanpak en uitvoering van pandemische paraatheid.*

Vertrekpunt van het beleidsprogramma pandemische paraatheid is de opdracht uit het coalitieakkoord waarin wordt aangegeven dat de lessen uit de coronacrisis worden gebruikt om Nederland pandemisch parater te maken. Het beleidsprogramma kan daarom niet los worden gezien van de lessen die nu worden getrokken en de instrumenten en infrastructuur die zijn aangepast en opgebouwd tijdens de COVID-19-pandemie. Hieronder schets ik hoe verschillende lessen uit de nu bekende evaluaties zijn betrokken bij de invulling van de drie beleidsopgaven waarlangs het beleidsprogramma is opgebouwd en bij de invulling van een aantal thema's binnen het programma. De adviezen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid komen daarbij op meerdere plekken terug.

- Met de inrichting van de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding (LFI) wordt invulling gegeven aan aanbevelingen van het eerste deelrapport «Aanpak coronacrisis»<sup>20</sup> van de Onderzoeksraad voor Veiligheid om de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellingsoverstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. De Raad wijst hierbij ook op de aansturing en de samenwerking met GGD'en, met name het gebrek aan bevoegdheden van de Minister van VWS om in geval van een pandemie te kunnen sturen op de GGD'en. Hiermee geef ik ook invulling aan de aanvullende aanbeveling over de inrichting van de LFI uit het tweede deelrapport van de OvV<sup>21</sup>. Het kabinet geeft hiermee bovendien invulling aan de aanbevelingen in het rapport van het Verwey-Jonker instituut<sup>22</sup> dat evenals de Raad ingaat op de sturing van de GGD'en, maar ook breder de versterking in het publieke gezondheidsdomein aan de orde stelt.
- Bij de realisatie van een pandemisch paraat Informatie voorziening (IV) landschap voor IZB, dat klaar is voor regulier gebruik, maar ook in staat is op te schalen bij een uitbraak, betrek ik de lessen uit een aantal rapporten.
  - Ten eerste heb ik – ten behoeve van de bestrijding van de COVID-19-pandemie – in het voorjaar van 2021 alle aanbevelingen van de destijds uitgevoerde Gateway review, naar aanleiding van de datadiefstal bij de GGD'en), overgenomen. Een belangrijke boodschap uit deze Gateway Review was dat alle genomen mitigerende maatregelen in het huidige IV-landschap afdoende waren voor de korte termijn (lees: de bestrijding van de COVID-19-pandemie), maar dat voor de lange termijn een fundamenteelere aanpak nodig was<sup>23</sup>.
  - Ten tweede stelt het LFI adviesrapport<sup>24</sup> als randvoorwaarde een goed functionerend IV-landschap. Het huidige IV-landschap in het IZB-domein voldoet niet aan de eisen die de LFI aan dit IV-landschap stelt. Om meer schaalbaar te zijn, wendbaarheid te vergroten en de betrouwbaarheid te borgen, is een «eenvoudige» aanpassing van het huidige IV-landschap niet voldoende. Het vraagt om een meer fundamentele aanpak.
  - Tot slot betrek ik de voorgenomen wijziging in het Vaccinatiestelsel<sup>25</sup> in de realisatie van het pandemisch parate IV-landschap in het IZB-domein. Vaccineren is, naast bijvoorbeeld het uitvoeren van bron- en contactonderzoek, een belangrijk proces in het bestrijden van (sommige) infectieziekten. Systemen die in het kader van de voorgenomen wijzigingen in het vaccinatiestelsel ontwikkeld worden, moeten voldoen aan de kaderstellende eisen die door de eerdergenoemde partijen zijn opgesteld.
- Waar nodig worden lessen ook juridisch vertaald in de Wet publieke gezondheid (Wpg). De eerste tranche Wpg voorziet in een grondslag voor het treffen van collectieve maatregelen. Met de tweede tranche Wpg wordt de directe sturing op de GGD'en gerealiseerd in lijn met het advies van de OvV. De derde tranche Wpg zal zich richten op gegevensuitwisseling.

<sup>20</sup> Kamerstuk 25 295, nrs. 1808 en 1827

<sup>21</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1956

<sup>22</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875 bijlage bij brief

<sup>25</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 615

- Op 6 juli jl. heb ik samen met de Minister van LNV en de Minister voor N&S het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid<sup>26</sup> aan uw Kamer aangeboden dat onder andere de geleerde lessen van de expertgroep onder leiding van de heer Bekedam meeneemt.
- Een andere les is dat er eerder en beter zicht nodig is op ziektekiemen die pandemieën kunnen veroorzaken. Hiervoor zal ik de monitoring en surveillance van infectieziekten versterken. Dit past bij de adviezen van o.a. het Verwey-Jonker Instituut, de OvV, de expertcommissie zoönosen (Bekedam) en meerdere internationale evaluaties. VWS heeft het RIVM daarom verzocht om hiertoe plannen van aanpak uit te werken.

#### Beleidsopgave Zorg: goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar

- De adviezen van de OvV liggen ook ten grondslag aan de maatregelen vanuit het beleidsprogramma in de langdurige zorg. De OvV concludeert dat meer aandacht nodig is voor hygiëne en infectiepreventie in verpleeghuizen. Hiertoe wordt bijvoorbeeld een cyclus van leren en verbeteren op gang gebracht die geborgd wordt in de bestaande kwaliteitsstructuren en waarbij de sector ondersteund wordt.
- Voor wat betreft de inzet op sturing en regie in de zorg concluderen zowel de OvV (eerste deelrapport), als het expertteam COVID-zorg (rapport COVID-zorg in Ziekenhuizen)<sup>27</sup> dat verbeteringen nodig zijn. De OvV beveelt aan om de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. In een aantal Kamerbrieven is daarop aangegeven dat de mogelijkheden voor meer landelijke regie en sturing onderzocht gaan worden en dat wordt ingezet op een versterking van de (landelijke) regie en sturing inclusief een aanscherping van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- Het expertteam COVID-zorg beveelt tevens aan om te zorgen voor (verbeterd) inzicht in capaciteit van de verschillende zorgaanbieders in de regio en behoud van de mogelijkheid om patiënten te spreiden. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg<sup>28</sup> en in het Integraal Zorgakkoord staat dan ook dat de functies van inzicht in capaciteit en spreiding van patiënten structureel zullen worden belegd en bekostigd. Deze functies maken deel uit van zorgcoördinatie, om te zorgen dat de patiënt de juiste zorg krijgt, op het juiste moment en van de juiste zorgaanbieder die op dat moment capaciteit en deskundigheid beschikbaar heeft. Aan het eind van het eerste kwartaal van 2023 komen scenario's beschikbaar voor de vormgeving van zorgcoördinatie.
- Daarnaast beveelt de OvV aan om buffers in capaciteit te organiseren. Zo wordt er gewerkt aan een flexibele opschaling van zorgcapaciteit, waaronder brede inzetbaarheid van personeel. Flexibele opschaling wordt georganiseerd door het benutten van sociale en technologische innovatie en het flexibel opleiden van medewerkers zodat brede inzetbaarheid wordt geborgd. Een voorbeeld hiervan is de aangekondigde subsidieregeling die de BAZ-opleiding vergoedt.
- Eerder is uw Kamer geïnformeerd over de resultaten van de verkenning naar de vormgeving van een reserve van zorgprofessionals die inzetbaar zijn tijdens een pandemie, ramp of terreuraanslag. Daaruit komt naar voren dat een strategische reserve van zorgprofessionals (de Nationale Zorgreserve) een rol kan spelen in het snel opschalen

<sup>26</sup> Kamerstukken 25 295 en 28 807, nr. 1935

<sup>27</sup> optimalisatie-ziekenhuiszorg-in-tijden-van-covid.pdf (overheid.nl)

<sup>28</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 362

van de capaciteit van zorgprofessionals. Twee onderzoeken die in dit verband zijn uitgevoerd door AEF zien kort gezegd op de governance- en inrichtingsvraagstukken van de NZR en het werven, binden, boeien en behouden van zorgreservisten. De eindrapportages daarvan zijn opgeleverd op respectievelijk 30 juni 2022 en 14 september 2022. Zoals in de kabinetsreactie van 23 december jl. is aangegeven<sup>29</sup>, wordt thans waar mogelijk een start gemaakt met de implementatie van deze onderzoeken. Er is echter nog een aantal vraagstukken die dienen te worden uitgewerkt. Zoals beschreven streef ik ernaar uw Kamer in het eerste kwartaal van 2023 nader te informeren over de voortgang hiervan.

### Beleidsopgave leveringszekerheid

De productie en leveringen van medische producten bleek tijdens de COVID-19 pandemie voor een aantal producten extra kwetsbaar. Er ontstonden tekorten door de plots gestegen vraag naar specifieke producten, door de verstoorde toeleveringsketens mondiaal en ook door de beperkte voorraden in de keten. Om hier meer grip op te krijgen zijn tijdens de afgelopen jaren verschillende acties in gang gezet.

- Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) is opgericht. Dit is geëvalueerd in een eerder verzonden Kamerbrief.<sup>30</sup> Deze structuur bleek nuttig en wordt daarom verankerd. Ook de intensieve keten overleggen om signalen tijdig te verzamelen en uit te wisselen waren zeer waardevol.
- Corona Crisis Voorraad geneesmiddelen en het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) (<https://www.lchulpmiddelen.nl/>) worden nu gebruikt bij het weerbaarder houden van de toeleveringsketens, onder andere door het aanhouden van ijzeren voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen en de voorziene formele verankering van het LCG.<sup>31</sup>
- Aangezien niet te voorspellen is hoe een volgende crisis eruit zal zien en aan welke producten dan behoefte is, wordt aanvullend ingezet op een brede en structurele versterking van de leveringszekerheid van medische producten. Ik verwijs hierbij ook naar mijn recente Kamerbrief over onderzoeken leveringszekerheid van medische producten en beleidsacties 2023.<sup>32</sup>

### Thema kennis en innovatie

- De KNAW wijst in haar rapport «Met de kennis van Straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën»<sup>33</sup> onder meer op het belang van multidisciplinaire kennisontwikkeling en uitwisseling. Multidisciplinaire samenwerking is een randvoorwaarde voor kennisprogramma's die reeds in gang zijn gezet, zoals ventilatie bij TNO en detectie&voorspelling en maatschappij&gedrag bij ZonMw. Bovendien beogen we daarom met inbreng en betrokkenheid van verschillende partijen, een kennisagenda pandemische paraatheid rond de zomer aan uw Kamer aan te bieden. Voor de totstandkoming van een kennisagenda wordt gebruik gemaakt van de lessen en evaluaties van de COVID-19-pandemie zoals die hier uiteen worden gezet, mede als internationale analyses, een netwerk analyse en consultatie van het netwerk. Naast kennisverrijking en versterking via programmering, wordt nadrukkelijk ingezet op bevorderen van

<sup>29</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

<sup>30</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 744

<sup>31</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 114

<sup>32</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

<sup>33</sup> Met de kennis van straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën – KNAW

kennisdeling tussen partijen in binnen- en buitenland en het aanmoedigen van multidisciplinaire samenwerking.

### Thema internationale samenwerking

- Ook internationaal zijn diverse lessen getrokken, bijvoorbeeld door de Europese Commissie<sup>34</sup> en in mondiaal verband door de WHO<sup>35</sup>. Het belang van internationale samenwerking wordt door deze evaluaties onderstreept. Ook tonen de evaluaties dat de pandemische paraatheid wereldwijd tekort schoot. Internationale coördinatie en samenwerking kwam traag op gang, bijvoorbeeld op het terrein van surveillance, monitoring en crisisrespons. Cruciaal is dat een vroegtijdige signalering en alarmering nodig is om bij een volgende pandemie snel en adequaat te kunnen reageren. Dat vereist internationale samenwerking, coördinatie en onderling vertrouwen.
- Eind 2020 presenteerde de Europese Commissie als onderdeel van de zgn. European Health Union een uitgebreid pakket aan wetgeving en instrumenten om de samenwerking rondom ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen in de EU te versterken. Ook op mondiaal niveau zijn er diverse initiatieven onderweg om de paraatheid en response tegen internationale gezondheidsbedreigingen te versterken, zoals de herziening van de International Health Regulations (IHR), onderhandelingen over een pandemie akkoord (voorheen pandemic treaty of instrument) en de oprichting van de Pandemic Fund (voorheen FiF-PPR).

Aanvullend wil ik tot slot in reactie op uw vraag wijzen op de kabinetsreactie op het rapport «Coronascenario's doordacht. Handreiking voor noodzakelijke keuzes» van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat u recent heeft ontvangen.<sup>36</sup> Hierin is een aantal initiatieven van het beleidsprogramma pandemische paraatheid benoemd in reactie op lessen uit het WRR-rapport. Het gaat bijvoorbeeld om het kennisprogramma gedragsexpertise bij de Gedragsunit van het RIVM en de inzet op een pandemisch paraat informatievoorzienings-landschap. Ook is er een kennisprogramma pandemische paraatheid gestart bij ZonMw dat zich richt op scenario's voor verspreiding van pathogenen in de samenleving, afwegingskaders voor verschillende (kwetsbare) doelgroepen en draagvlak voor interventies.

*Genoemde leden lezen dat de Gemeentelijke Gezondheidsdienst – Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR Nederland), samen met de GGD'en, een plan van aanpak voor de korte termijnversterkingen infectieziektebestrijding heeft opgesteld. Deze leden zouden graag dit plan van aanpak lezen. Wanneer wordt het naar de Kamer gestuurd?*

Bijgaand treft u het plan van aanpak «Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en» van 1 juni 2022.

<sup>34</sup> Europese Commissie. Sterker uit de pandemie komen: gevolg trekken uit de eerste geleerde lessen. 15 juni 2021. Beschikbaar via: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip\\_21\\_2989](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/nl/ip_21_2989)

<sup>35</sup> Global Preparedness Monitoring Board. (2020). A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020. World Health Organization. Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response (IPPPR). Ingesteld door de WHA73 (2020). Review Committee on the Functioning of International Health Regulations (RC-IHR). Ingesteld door de WHA74 (2021).

<sup>36</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1997

*Op welke manier speelt dit plan van aanpak een rol bij het nu lopende onderzoek naar de vraag of de 25 GGD-regio's voldoende geëquipeerd zijn voor hun wettelijke werkzaamheden?*

Het plan van aanpak «Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en» vormt de basis van de investeringen van dit kabinet bij de GGD'en voor de jaren 2023 en 2024. Het doel van deze investeringen is ervoor te zorgen dat GGD'en een belangrijke stap kunnen zetten om de basis van de infectieziektebestrijding op orde te brengen om goed bij te kunnen dragen aan de opschaling tot de landelijke operatie in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel. Het lopende onderzoek, dat naar verwachting op korte termijn afgerond zal worden, is een van de bouwstenen voor de structurele investeringen die daaropvolgend nodig zijn.

*Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding (LFI) hebben een rol in de voorbereiding, en zijn of worden daarmee onderdeel van het adviserings- en besluitvormingsproces tijdens een pandemie. Kan de Minister aangeven hoe hij uitvoering geeft aan de motie van het lid Tielen c.s.<sup>37</sup> over de lessen uit de coronacrisis en het borgen van onafhankelijkheid en autonomie?*

Op 12 oktober heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) het onderzoeksrapport «Aanpak coronacrisis – Deel 2: september 2020 tot juli 2021» gepubliceerd (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1956). Daarin staat ook een aanbeveling voor het RIVM over het opstellen van een »reglement van orde« voor het OMT. Deze aanbeveling sluit aan bij verbeterpunten die het RIVM en de voorzitter van het OMT zelf ook gezien hebben. Inmiddels werken zij aan het opstellen van zo'n reglement. Daarin brengen ze afspraken en uitgangspunten die er al waren samen met meer recente inzichten om het proces rondom de totstandkoming van adviezen nog verder te verbeteren. De LFI zal geen rol hebben in de OMT-advisering.

*Genoemde leden zijn positief over de inzet van de Minister met betrekking tot een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap samen met RIVM, GGD GHOR Nederland en de GGD'en. Welke lessen en verzamelde knelpunten uit de COVID-19-pandemie gebruikt de Minister hierbij? Zo zijn er storingen geweest waardoor vaccinaties niet geregistreerd konden worden en uitslagen niet worden ingezien. Dit heeft grote implicaties en dient voorkomen te worden. Hoe heeft dit een plek in het paraat maken van het informatievoorzieningslandschap?*

Op verschillende manieren neem ik lessen en verzamelde knelpunten mee bij het realiseren van een pandemisch paraat landschap voor informatievoorziening in het domein van de infectieziektebestrijding. Om te beginnen blijkt er uit (eerste) analyses én gevoed door de ervaring van betrokkenen tijdens de COVID-19-pandemie – vanuit zowel GGD GHOR Nederland, de GGD'en als het RIVM – sprake te zijn van een stevige discrepantie tussen het huidige informatievoorzieningslandschap (IV-landschap) in het domein van de infectieziektebestrijding (IZB) aan de ene kant, en datgene wat nodig is om goed voorbereid te zijn voor een volgende (pandemische) uitbraak. Daartoe zijn door de genoemde partijen inmiddels enkele kaderstellende eisen geformuleerd – ook de LFI-eisen ten aanzien van IV en ICT zijn daarin meegenomen – die de paraatheid van het toekomstige IV-landschap in het IZB-domein borgen in termen van onder meer schaalbaarheid, wendbaarheid én betrouwbaarheid. Een

<sup>37</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1786

«eenvoudige» aanpassing van de systemen in het huidige IV-landschap lijkt op basis van de huidige inzichten niet voldoende om dit toekomstbestendig te realiseren, hoewel zeker nog niet uit te sluiten valt dat sommige delen van het huidige IV-landschap hergebruikt kunnen (en in dat geval ook zullen) worden. Daarnaast betrek ik de lessen uit de volgende drie rapporten bij de meerjarige opgave van het realiseren van een pandemisch paraat IV-landschap in het IZB-domein.

Ten eerste heb ik – ten behoeve van de bestrijding van de COVID-19-pandemie – in het voorjaar van 2021 alle aanbevelingen van de destijds uitgevoerde Gateway review (naar aanleiding van de datadiefstal bij de GGD'en) overgenomen. Een belangrijke boodschap uit deze Gateway Review was dat alle genomen mitigerende maatregelen in het huidige IV-landschap afdoende waren voor de korte termijn (lees: de bestrijding van de COVID-19-pandemie), maar dat voor de lange termijn een fundamentele aanpak nodig was<sup>38</sup>.

Ten tweede is in het LFI adviesrapport aanbevolen een landelijke organisatie in te richten die mij ondersteunt bij het geven van sturing aan de bestrijding van een pandemische uitbraak. Als randvoorwaarde voor het uitvoeren van deze taak door de LFI is een goed functionerend IV-landschap voorop gesteld. Het huidige IV-landschap in het IZB-domein voldoet niet aan de eisen die de LFI aan dit IV-landschap stelt. Om meer schaalbaar te zijn, wendbaarheid te vergroten en de betrouwbaarheid te borgen, is een «eenvoudige» aanpassing van het huidige IV-landschap niet voldoende. Het vraagt om een meer fundamentele aanpak.

Tot slot betrek ik de voorgenomen wijziging in het Vaccinatiestelsel<sup>39</sup> in de realisatie van het pandemisch paraat IV-landschap in het IZB-domein. Vaccineren is, naast bijvoorbeeld het uitvoeren van bron- en contactonderzoek, een belangrijk proces in het bestrijden van (sommige) infectieziekten. Systemen die in het kader van de voorgenomen wijzigingen in het vaccinatiestelsel ontwikkeld worden, moeten voldoen aan de kaderstellende eisen die door de eerdergenoemde partijen zijn opgesteld. Zoals de RVS constateert is voor de uitvoering van vaccinaties – selecteren, uitnodigen en herhaaloproepen, de monitoring van veiligheid van vaccins (zoals bijwerkingen), de monitoring van de vaccinatiegraad en de monitoring van de vaccineffectiviteit – zowel in de koude als de warme fase van de infectieziektebestrijding goede registratie noodzakelijk.

Ten aanzien van de vraag hoe storingen een plek hebben gekregen in het informatievoorzieningslandschap wil ik aangeven dat het (grootschalig) vaccineren van burgers één van de processen is waarvoor – binnen de kaderstellende eisen voor een pandemisch paraat IV-landschap – passende digitale ondersteuning zal worden ontwikkeld. Het (laten) ontwikkelen hiervan binnen de kaderstellende eisen impliceert dat de betreffende digitale voorzieningen aantoonbaar wendbaar, robuust en betrouwbaar moet zijn. Dit geldt overigens voor alle onderdelen van het door mij beoogde pandemisch paraat IV-landschap: de eisen zijn niet vrijblijvend en dragen bij aan de paraatheid van het gehele IV-landschap.

*Ook de lessen uit de COVID-19-pandemie met betrekking tot de gegevensuitwisseling voor monitoring en onderzoek dienen een plek te hebben hierbij. Welke lessen hierover zijn benoemd en worden gebruikt?*

Naast technische knelpunten bleek tijdens de COVID-19-pandemie dat ook organisatorische en juridische knelpunten het delen van gezondheidsdata

<sup>38</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179

<sup>39</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 615

kunnen belemmeren, waardoor monitoring en onderzoek in sommige gevallen (te) beperkt mogelijk waren. Vanuit technisch oogpunt wordt het delen van gezondheidsdata in het door mij beoogde IV-landschap mogelijk, omdat gebruik zal worden gemaakt van standaarden, zowel over inhoud (wat) als over techniek (hoe).

Vanuit organisatorisch en juridisch oogpunt wordt het delen van gezondheidsdata (ten behoeve van beleid, statistiek en wetenschappelijk onderzoek) mogelijk door waar nodig hier afspraken met elkaar over te (laten) maken én te zorgen voor een passende juridische context. De derde tranche in de aanpassing van de Wet publieke gezondheid zal specifiek zien op het juridisch borgen van de mogelijkheid om dergelijke gegevens uit te wisselen. Over de planning en inhoud van de tranches van de Wpg informeer ik uw Kamer dit voorjaar.

*Wanneer komt de uitwerking van het High Level Design (HLD) naar de Kamer?*

De rapportage over het High Level Design is bijgevoegd (bijlage 1). Het is opgesteld door GGD GHOR Nederland en het RIVM, met betrokkenheid van verschillende experts. Het High Level Design geeft de richtinggevende principes, ontwerpkeuzes en randvoorwaarden aan voor het toekomstige (pandemisch parate) IV-landschap in het IZB-domein. Het wordt in de verdere planvorming en voorbereiding benut om de contouren van de opgave (realisatie van een pandemisch paraat IV-landschap in het IZB-domein) in te vullen. Bijvoorbeeld bij het opstellen van het meerjaren programmaplan.

*Hoe krijgt de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en onderzoekers vorm? Hoe wordt geborgd dat uitwisseling verbetert ten opzichte van de huidige situatie (waarbij bijvoorbeeld de oversterfte onvoldoende makkelijk kan worden onderzocht door belemmeringen in de uitwisselingen)?*

Ik streef er bij de realisatie van een pandemisch paraat IV-landschap naar om de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek beschikbaar te hebben. Alleen op die manier kunnen de professionals in de IZB – zowel in de koude als in een warme fase – hun werk optimaal doen. Dat begint bij goede registratie door de professionals zelf, in systemen die gebruik maken van breed gedragen inhoudelijke (wat) en technische (hoe) standaarden. Wanneer gegevens door professionals op een goede manier worden geregistreerd, wordt hergebruik van de gegevens – bijvoorbeeld voor onderzoek of monitoring – mogelijk. De COVID-19-pandemie heeft ons geleerd dat hiervoor echter niet altijd sprake is van een voldoende duidelijke juridische context, waarin bijvoorbeeld expliciete grondslagen voor uitwisseling zijn opgenomen.

De derde tranche in de aanpassing van de Wet publieke gezondheid (Wpg) ziet specifiek op het duidelijk juridisch borgen van de mogelijkheid om gegevens uit het IZB-domein uit te wisselen, vanzelfsprekend binnen de kaders van de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Over de planning en inhoud van de tranches van de Wpg informeer ik uw Kamer nog dit voorjaar.

Daarnaast wordt, zoals het geval is bij het oversterfteonderzoek, gewerkt aan manieren waarop snel en zorgvuldig data toegankelijk gemaakt kunnen worden voor onderzoek. Zo zijn via de beveiligde Remote Access omgeving van het CBS de vaccinatiegegevens beschikbaar voor onderzoek, en worden op de korte termijn de data uitgebreid zodat het oversterfteonderzoek gedegen uitgevoerd kan worden. Hierover heb ik uw

Kamer geïnformeerd in een brief op 28 september 2022<sup>40</sup>. Ik zet mij ervoor in om naast het verduidelijken en verstevigen van de wettelijke basis, ook op de korte termijn oplossingen te kunnen bieden waardoor de uitwisseling van data soepeler kan verlopen.

*Een lid van de VVD-fractie heeft eerder schriftelijke vragen gesteld over het steunen van wetenschappers bij het voorbereiden op een volgende pandemie<sup>41</sup>. In de brief wordt aangegeven dat om monitoring en onderzoek mogelijk te maken, ook de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en onderzoekers mogelijk moet zijn. Dit vergt volgens de Minister een meerjarige inspanning en een fundamentele aanpak, waarin zowel techniek als (juridische) grondslagen en aansturing aandacht vragen. Kan de Minister een inschatting geven van de tijdspanne en hoe de voortgang hierbij bewaakt wordt? Wanneer zou deze aanpak gereed moeten zijn?*

Op dit moment werken de publieke partners – GGD GHOR Nederland, GGD'en en het RIVM – aan een meerjarig werkprogramma. Ik verwacht dat ik uw Kamer voor de zomerperiode nader kan informeren over de stand van zaken.

Daarnaast ziet de derde tranche in de aanpassing van de Wet publieke gezondheid specifiek op het juridisch borgen van de mogelijkheid om gegevens uit het IZB-domein uit te wisselen. Hierover informeer ik uw Kamer nog dit voorjaar, en daarbij zal ik ook een eerste inschatting afgeven van het tijdspad dat ik hierbij voor ogen heb.

*De leden van de VVD-fractie zijn positief dat zelftest-onderzoek onderdeel wordt van de Infectieradar. Kan de Minister aangeven om welke soorten zelftesten het gaat?*

In het najaar van 2022 is het onderzoek via Infectieradar uitgebreid met een zelftest-onderzoek. Op dit moment ligt de focus nog op corona. Deelnemers aan dit onderzoek kan worden gevraagd om een neus- en keelmonster af te nemen als zij een corona zelftest hebben gedaan. Het RIVM onderzoekt of dit monster het coronavirus, een influenzavirus of een verkoudheidsvirus bevat. De uitslag wordt teruggekoppeld aan de deelnemer. Dit is geen officiële medische uitslag. Met dit onderzoek krijgen we nog beter inzicht in het aantal besmettingen van virussen en welke invloed dat heeft op de gezondheid van mensen in Nederland.

*Wordt hierbij samengewerkt met andere initiatieven op het gebied van gezondheidsonderzoek onder de bevolking en welke instanties zijn daarbij betrokken?*

In het signaleringsoverleg dat wekelijks bij RIVM wordt gehouden komt informatie samen uit diverse bronnen, zoals informatie uit rioolwatersurveillance, via huisartsen (nivelepeilstation), ziekenhuizen en laboratoria.

*Deze leden zijn ook positief over de ideeën met betrekking tot een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en. Zij lezen dat eerst een uitvoeringstoets wordt gedaan voordat het voornemen definitief vorm krijgt. Recent Europees onderzoek toonde aan dat het vertrouwen in vaccins is gedaald<sup>42</sup>. Op welke manier wordt bij deze uitvoeringstoets*

<sup>40</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1944

<sup>41</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 794

<sup>42</sup> RTL Nieuws, 21 november 2022, «Nederlanders hebben minder vertrouwen in vaccinaties» (<https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5348299/vaccinaties-europese-commissie-onderzoek-corona-hpv>).

*aandacht besteed aan communicatie en voorlichting over vaccinaties om zo de vaccinatiebereidheid te vergroten?*

Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen bekend raken met de vaccinatievoorziening en het nut en de noodzaak van vaccinaties inzien, is goede communicatie en voorlichting noodzakelijk. In de uitvoeringstoets is daarom ook aandacht voor de rol van communicatie en wordt nader uitgewerkt wat ervoor nodig is om aandacht en bekendheid te generen over de vaccinatievoorziening en de vaccinaties die zij aanbieden.

In het actieprogramma Vol Vertrouwen in Vaccineren<sup>43</sup> is verder een breed aantal (doorlopende) acties opgenomen dat bij moet dragen aan het vertrouwen in vaccinatie. Zo zal het RIVM de vaccinatiebereidheid langdurig gaan monitoren en zich richten op sociaalwetenschappelijk onderzoek naar vaccinatiebereidheid. Daarnaast wordt continu ingezet op het verbeteren van de informatievoorziening over vaccinaties, bijvoorbeeld door deze specifiek op de doelgroep te richten, door het inzetten van gesprekstechnieken of sleutelfiguren. Ook de ervaringen en onderzoeken die de afgelopen jaren zijn gedaan naar de vaccinatiebereidheid met betrekking tot de COVID-vaccinatie hebben daarbij een nadrukkelijke rol.

*In het kader van pandemische paraatheid versterkt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de infectieziektezorgstructuren. Daarbij wordt onder andere gekeken naar de paraatheid van het microbiologische landschap en specifiek de laboratoria in Nederland, inclusief het inrichten van een opschalingsstructuur voor de diagnostiek. Genoemde leden maken zich al langer zorgen om de toenemende resistentie van bacteriën tegen antibiotica. Zij vinden het daarnaast goed dat de aanpak antibiotica-resistentie verbreed wordt naar antimicrobiële resistentie met aandacht voor anti-virale, anti-fungale en anti-parasitaire resistentie in lijn met internationale ontwikkelingen. Kan de Minister aangeven hoe geïnvesteerd wordt in mogelijke alternatieven voor antibiotica?*

Ik deel de zorgen over de toename van resistentie van bacteriën tegen antibiotica. Het beleid rondom antimicrobiële resistente infectieziekten wordt daarom voorzien van een nieuwe impuls. Binnenkort zal ik de Kamer verder informeren over de invulling van het beleid rondom antimicrobiële resistentie.

*Deze leden zijn in beginsel enthousiast over de Nationale Zorgreserve (NZR) en de modulaire opleidingen. Zij hebben wel behoefte aan veel meer kwantitatieve inzichten over de bijdrage die deze kunnen leveren aan pandemische paraatheid. Het lijkt alsof modulaire opleidingen alleen beschikbaar zijn voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-geregistreeerde zorgmedewerkers met een arbeidsovereenkomst bij een zorginstelling. Deze leden vragen om een bredere aanpak die ook mantelzorgers en vrijwilligers in staat stelt om waardevol onderdeel te zijn van een NZR. Op welke termijn kan de Minister een dergelijke aanpak met de Kamer delen?*

Ik onderschrijf het belang van opleiding voor (potentiële) zorgreservisten, maar hoe die opleiding en training eruit zal gaan zien is nog een punt van nadere uitwerking. In de rapporten van AEF die op 23 december 2022 zijn toegezonden aan uw Kamer wordt geadviseerd om te werken met opleidingen en trainingen die zijn afgestemd op een aantal generieke

---

<sup>43</sup> Kamerstuk 32 793 nr. 614

rolbeschrijvingen.<sup>44</sup> Hoe dit verder zal worden vormgegeven moet nog worden bepaald.

Ik hecht er wel aan alvast te benoemen dat we het advies van AEF onderschrijven dat de NZR zal bestaan uit oud-zorgmedewerkers die met pensioen zijn gegaan of in een andere branche zijn gaan werken. De opleiding en training in het kader van de NZR zal dus niet worden aangeboden aan vrijwilligers of mantelzorgers zonder zorgachtergrond. Mochten mantelzorgers en vrijwilligers zich (nog meer) willen inzetten voor anderen, kunnen zij zich melden bij organisaties zoals het Rode Kruis. Het Rode Kruis kan de vrijwilligers een bij de functie passende opleiding of training aanbieden.

*Genoemde leden lezen dat in de langdurige zorg wordt ingezet op het versterken van hygiëne en infectiepreventie in de verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en bij de zorg thuis. Hierbij dienen zorginstellingen vanaf 2024 op hun locaties periodiek een evaluatie uit te voeren waarbij «vreemde ogen» meekijken. Hoewel deze leden het belang van versterken van hygiëne en infectiepreventie onderschrijven, maken zij zich zorgen over de impact van dergelijke evaluaties op de administratieve lasten van zorginstellingen. Kan de Minister aangeven op welke manier hij zorgt dat de administratieve lasten niet groter worden?*

Om administratieve lasten te beperken zal de gekozen aanpak zo veel mogelijk worden ingebed in de bestaande kwaliteitsstructuren. Om dit goed vorm te geven wordt de impact op de administratieve lasten meegenomen in een onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd. Er wordt daarin ook specifiek gekeken naar hoe een cyclus van leren en verbeteren het beste op gang kan worden gebracht en geborgd kan worden in de bestaande kwaliteitsstructuren.

*Welke lessen zijn er uit andere landen geleerd als het gaat om het versterken van hygiëne en infectiepreventie die onderdeel (kunnen) worden van de Nederlandse pandemische paraatheid?*

Bij de aanpak van de pandemische paraatheid wordt gebruik gemaakt van de lessen en ervaringen die ook internationaal zijn geleerd. Voor de langdurige zorg heeft Vilans op verzoek van het Ministerie van VWS van april 2020 tot juni 2021 het coronabeleid van acht min of meer verwante Europese landen gevolgd en op een rij gezet.<sup>45</sup> Daaruit concludeert Vilans dat er veel gelijkenissen zijn tussen Nederland en de andere landen. Ook formuleert Vilans op basis hiervan een aantal lessen. Deze sluiten aan bij de lessen die zijn geleerd via andere trajecten.

*Deze leden zijn verheugd te lezen dat de Minister aandacht heeft voor het verder verbeteren van kennis en innovatie als onderdeel van de beleidsagenda pandemische paraatheid. Zij zouden wel meer concreet begrip willen hebben van welk type kennis en innovatie wél op orde waren bij de vorige pandemie en welk type kennis en innovatie niet.*

We hebben ten eerste gezien dat pandemische paraatheid en pandemische bestrijding in deze tijd een veelomvattend vraagstuk is. Een vraagstuk dat individuele disciplines overstijgt. En dat vraagt om kennisgefundeerde oplossingen. De KNAW heeft in haar rapportage<sup>46</sup> aangegeven dat tijdens de COVID-19-pandemie in eerste instantie deels gebruik kon worden gemaakt van bestaande kennis, maar dat gedurende

<sup>44</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

<sup>45</sup> <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/5-internationale-coronalesen-voor-de-langdurige-zorg>

<sup>46</sup> Met de kennis van straks de wetenschap goed voorbereid op pandemieën (knaw.nl)

de pandemie bleek dat er door de complexiteit meer bredere kennis, meer multidisciplinaire kennis en een goede samenwerking noodzakelijk was. Ik deel die analyse.

Zeker op het gebied van communicatie en gedrag was en is er een kennistekort. Dat vraagt nu en in de toekomst een andere aanpak dan bij grote pandemieën in het verleden, bijvoorbeeld doordat de samenleving is veranderd en doordat communicatiemiddelen zijn veranderd. Er is sprake geweest van een grote kennisverrijking hierop tijdens de pandemie; waar ook nieuwe kennisontwikkeling nodig was vanwege ontbrekende kennis. Deels hing dit ook samen met het niet doormaken van een pandemie van deze schaal in recente tijden en het gebrek aan toegespitst onderzoek. Denk bijvoorbeeld aan het dragen van een mondkapje. De effecten daarvan op grote schaal voor publiek waren onbekend aan het begin van de COVID-19-pandemie.

We hebben in algemene zin gezien dat de pandemie een impuls heeft gegeven aan kennis en innovatie op een breed palet aan onderwerpen. De WHO<sup>47</sup> geeft aan dat met name onderzoek en ontwikkeling (R&D) geleid heeft tot veilige en effectieve COVID-19 vaccins en daarnaast geleid heeft tot snelle diagnose, goede identificatie van optimale bescherming apparatuur (PBM), een beter begrip van waarschijnlijke dierlijke gastheer(en) voor het virus en kandidaat-therapieën waarbij sommige positieve resultaten gaven voor het tegengaan van sterfte. Een mooi nationaal voorbeeld is de gegroeide functie en innovatie op de rioolwater-surveillance. Ik streef ernaar dit dus ook verder door te ontwikkelen en innoveren; ook met het oog op nieuwe ziekteverwekkers. Dan staan we bij en volgende pandemie op voorsprong.

*Genoemde leden willen graag weten welk niveau van kennis wordt nagestreefd en op welke termijn die in beginsel op orde kan zijn. Met welke kennisinstututen bouwt de Minister de kennis- en innovatieagenda's op?*

Zoals aangegeven is pandemische paraatheid een multidisciplinair vraagstuk waarbij een brede betrokkenheid is van veel partijen. Dat zien we al in de uitvoering van de projecten die al zijn gestart. Vanuit tal van disciplines is er grote belangstelling om een bijdrage te leveren aan kennis- en innovatieopgaven en de gedachtenvorming daarover. Nieuwe onderzoeksresultaten evenals nieuwe ontwikkelingen (in de samenleving, in de technologie, op het wereldtoneel etc) zullen ook weer tot nieuwe vragen leiden. Daarom pakken we kennis en innovatie programmatisch aan.

Ik ben voornemens de kennisagenda te richten op drie elementen te weten a) het bevorderen van multidisciplinaire kennissamenwerking en het ontwikkelen van instrumenten daarvoor b) een aantal kennisvraagstukken die extra aandacht vragen en c) internationale en Europese kennissamenwerking en een actieve bijdrage van Nederlandse partijen daaraan. Een innovatie-agenda zal zich richten op verbeteren van de voedingsbodemp voor toekomstige innovaties voor pandemieën. Therapieën en in het bijzonder vaccinaties zijn daarin belangrijke thema's, ook in de internationale samenwerking hierop.

Bij het opstellen van de agenda's laat ik me breed inspireren, door analyses en inzichten die beschikbaar zijn en komen en zal ik partijen passend bij de voorliggende vraagstukken open uitnodigen. Ik denk hierbij aan academische centra, het bedrijfsleven, ZonMw, RIVM, TNO en KNAW.

---

<sup>47</sup> COVID-19 Research and Innovation Achievements (who.int)

*Wat is de rol van het RIVM, de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) en hoe wordt EU-breed samengewerkt?*

Het RIVM heeft verschillende rollen als het gaat om kennisontwikkeling voor pandemische paraatheid en infectieziektebestrijding. Het RIVM heeft een expert-rol en adviseert daarmee het ministerie over de infectieziektebestrijding. Het RIVM ontwikkelt ook kennis en doet onderzoek op het brede domein van de infectieziektebestrijding. Dit kan zijn in het kader van lopende programma's die het RIVM uitvoert voor het ministerie. Dit kunnen ook specifieke opdrachten zijn. Het RIVM werkt als uitvoerder ook samen met verschillende partijen op kennisgroepen op verschillende thema's. Het RIVM is lid van diverse netwerken met zusterinstituten, waarin ze onderling informatie uitwisselen, kennis en medewerkers delen en samen optrekken in internationale projecten. Het RIVM werkt samen met EU agentschappen zoals EFSA, ECDC en EMA en met de WHO en neemt deel aan comités en expertgroepen, is onderdeel van consortia die gezamenlijke projecten uitvoeren, werkt bilateraal samen en neemt namens Nederland deel aan gezamenlijke acties voor het afstemmen van Europese acties. Ook vervult het RIVM een rol als referentielaboratorium en huisvest het negen WHO Collaborating Centres via het partnerschapsprogramma van VWS met de WHO. Tenslotte vermeld ik in het bijzonder de actieve rol in BeReady en de opstart van het Horizon-programma voor pandemische paraatheid als voorbeeld voor de belangrijke rol van het RIVM als het gaat om kennis samenwerking in Europees verband.

In het kader van de pandemische paraatheid is op dit moment één onderzoeksprogramma bij TNO belegd. Dat is het in het beleidsprogramma genoemde brede onderzoek naar ventilatie.<sup>48</sup> TNO coördineert dat veelomvattende programma, waaraan een brede groep partijen meewerkt, en is ook zelf een van de uitvoerende partijen. In dat kader werkt TNO ook samen in internationaal verband.

*Wat is bekend over de snelheid van innovaties tijdens de COVID-19-pandemie?*

De pandemie heeft op veel onderwerpen impulsen gegeven aan de innovatie en gezorgd voor een noemenswaardige versnellingsfactor. Ik noem in dit verband diagnostiek, rioolwatersurveillance, sneltesten, behandelingen en niet in de laatste plaats de vaccins die binnen een jaar zijn ontwikkeld. Door een nieuwe aanpak van de klinische studies en versnelde beoordelingsprocedures bleek het mogelijk om met grote snelheid nieuwe geneesmiddelen en vaccins te ontwikkelen. Het is bemoedigend om te zien dat in een crisissituatie met vereende kracht tot grote snelheid van innovatie gekomen is.

*Welke belemmeringen waren het grootst om innovaties in de praktijk beschikbaar te krijgen en hoe gaat de Minister zorgen dat deze belemmeringen verkleinen bij volgende pandemieën?*

Het daadwerkelijk ter beschikking kunnen krijgen van innovaties kan pas nadat vele stappen zijn doorlopen. Na de ontwikkeling, het testen en de goedkeuring, volgt nog de productie en logistiek. Daarbij komen veel aspecten kijken die te maken hebben met de toegang; denk aan rechten en patenten. Daarbij komen ook nog inkoopregels en procedures van inkomende partijen. In algemene zin was er sprake van een spanningsveld tussen snelheid en zorgvuldigheid. De pandemie vroeg om flexibiliteit op de reguliere procedures. Bijvoorbeeld bij advisering over de toepassing

<sup>48</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1964

van nieuwe innovaties en therapieën. Verschillende innovaties kenden verschillende belemmeringen. Ik licht er een tweetal uit, waarbij ik aangeef welke opvolging ik hieraan geef.

Procedures ontworpen ten behoeve van zorgvuldigheid en veiligheid kosten per definitie tijd. Soms ging er echter ook tijd verloren in de interpretatie van regels en kaders of onduidelijkheden over de te volgen routes. Ik verken daarom, onder andere in het kader van de oproep via ZonMw over regulatory science (het ontwikkelen en valideren van nieuwe standaarden en instrumenten om therapeutische interventies te evalueren), waar we hier in aanloop naar een volgende pandemie nog tijdswinst op kunnen boeken.

Belemmeringen waren er soms ook in beschikbaarheid van middelen en materialen, om innovaties te kunnen toepassen of te kunnen omzetten naar producten. Denk aan de beschikbaarheid van meltblown voor de mondkmaskers. Ook waren er uitdagingen in de opschaalbaarheid van productie, of de kwaliteit van snel opgeschaalde producten. In dit verband noem ik richting de toekomst het belang van samenwerking in Europees verband en in het bijzonder van HERA. Innoveren ten behoeve van snelle opschaalbaarheid en het wegnemen van belemmeringen daarin is voor HERA een belangrijke prioriteit.

*De leden van de VVD-fractie zijn blij te lezen dat wordt ingezet op het benutten van al in Nederland aanwezige excellente kennis op het gebied van therapie-ontwikkelingen voor (preventieve) behandeling van infectieziekten met pandemisch potentieel. De Minister spreekt over het creëren van een ecosysteem tussen academie en bedrijfsleven en investeert bijna tien miljoen euro in de Thematische Technology Transfer (TTT)-regeling. Is de Minister het met deze leden eens dat ook middelbaar beroepsonderwijs (mbo)-instellingen hierbij betrokken moeten zijn, zodat hoogwaardige kennis en praktische toepassing optimaal gecombineerd kunnen worden?*

De TTT regeling richt zich zowel op onderzoeksorganisaties als op kleinere bedrijven cq. (kennis-)starters. MBO-instellingen horen niet onder de definitie van de onderzoeksorganisaties en kunnen dus niet rechtstreeks deelnemen en TTT-subsidie ontvangen. Ze kunnen wel deelnemer zijn in een thematisch samenwerkingsverband danwel, met minimaal drie gekwalificeerde onderzoeksorganisaties, een TTT-consortium vormen. Het is aan de aanvrager zelf om een samenwerkingsverband aan te gaan.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de uitwerking van de beleidsagenda pandemische paraatheid. De beleidsagenda is een veelzijdige aanpak met veel verschillende componenten, waaruit de ambitie spreekt om op de geleerde lessen te anticiperen. Genoemde leden delen de opvatting dat de kern ligt in ons voorstellingsvermogen van mogelijke crises. Het is dan ook nuttig dat scenario's worden uitgewerkt. Keuzes kunnen daaruit voortvloeien. Deze leden vragen de Minister wie hier verantwoordelijk voor is en binnen welk tijdsplan deze scenario's zijn afgerond.*

Scenario's zijn een belangrijk instrument om te anticiperen op potentiële pandemieën en te toetsen hoe de pandemische paraatheid ervoor staat. Daarnaast zijn scenario's een essentieel instrument tijdens de bestrijding van een pandemie om mogelijke stappen en interventies inzichtelijk te maken. In het kader van tijdig anticiperen en toetsen ben ik momenteel met het RIVM in gesprek hoe het best in kaart kan worden gebracht wat er

aan ziektebeelden op ons afkomt en wat er verder nodig is voor de uitwerking van de scenario's. Daarnaast wil ik ook het instrument scenario's en de toepassing ervan doorontwikkelen en daarbij gebruik maken van ervaring in andere beleidsterreinen en internationaal beschikbare kennis. Ik wil dit onderwerp dan ook betrekken bij de kennisagenda pandemische paraatheid. Als Minister van VWS ben ik ervoor verantwoordelijk dat dit instrument van het beleidsprogramma er komt en toegepast wordt. Via de voortgangsbrieven over pandemische paraatheid, waarvan de eerstvolgende is voorzien in het najaar van 2023, informeer ik u over de uitkomsten en het vervolg.

*Tevens worden verschillende werkgroepen, instanties en overlegstructuren aangekondigd en besproken. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of het ministerie in een organogram of beslisboom kan voorzien, zodat het duidelijk is welke taken en verantwoordelijk waar liggen belegd in tijden van crisis.*

Ja, dat kan. Ik zal dit meenemen in het vervangen van het Landelijk Crisisplan Infectieziekten, zoals aangekondigd in de kabinetsreactie op het eerste deelrapport van de OvV van 1 april 2022.<sup>49</sup> Hierin staat: «Het Ministerie van VWS gaat aan de slag met de aanbevelingen van de Raad en aanbevelingen over de interne crisisstructuur binnen VWS. Dit jaar starten het Ministerie van VWS en het Ministerie van JenV samen met de veiligheidsregio's, de departementen en andere betrokken crisispartners met de ontwikkeling van het Landelijk Crisisplan Infectieziektebestrijding (LCP-I) ter vervanging van het nationale plan uit 2014. Hierbij moet voldoende aandacht zijn voor de operationele toepasbaarheid en de uitvoeringspraktijk, hetgeen de Raad terecht aanbeveelt». Dit traject is inmiddels gestart.

*Genoemde leden zijn ervan overtuigd dat met een veilige, vertrouwde uitwisseling van gegevens veel kennis kan worden vergaard voor onderzoek. Daarnaast draagt het bij aan efficiëntere crisiszorg. Zij vragen de Minister of de wetwijziging in de acute zorg, waarbij gebruik kan worden gemaakt van gegevens tenzij daar bezwaar tegen is gemaakt (opt-out), ook breder geldt ten tijde van een crisis. Zo nee, deelt hij de overtuiging dat dit nodig is en ziet hij de juridische ruimte om dit te bewerkstelligen?*

Het wetsvoorstel waar deze leden op wijzen ziet op de aanpassing van grondslagen voor gegevens voor het verlenen van acute zorg, ook in tijden van crisis. De huidige regeling van gegevensuitwisseling ten behoeve van infectieziektebestrijding is deel van de regeling van meldingsplichten in de Wet publieke gezondheid. Deze zorgt ervoor dat bepaalde gegevens in de infectieziektebestrijding gedeeld kunnen worden, in bepaalde gevallen ook zonder toestemming van burgers. De regeling van meldingsplichten werd 14 jaar geleden van kracht met de Wpg, en delen daarvan (zoals de meldingsplicht van artsen) dateren al uit de vijftiger jaren van de vorige eeuw. Voortschrijdende technologische ontwikkelingen, nieuwe laboratoriumtechnieken, Europeanisering en internationale ontwikkelingen maken dat het systeem op een aantal onderdelen is verouderd.

De coronacrisis heeft dit beeld versterkt en de noodzaak van een aantal andere verbeteringen aan het licht gebracht. De huidige regeling van de meldingsplicht en de gegevensuitwisseling is niet langer toegesneden op een effectieve uitvoering van de wettelijke taken van zowel de regionale GGD'en als het RIVM. Er wordt nu gewerkt aan de derde tranche Wpg. Het

<sup>49</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1827

doel is om meldingsplichten en gegevensuitwisseling zo goed mogelijk aan te sluiten bij de taken bij infectieziektebestrijding en de informatie die de betrokken instanties daarvoor nodig hebben, uiteraard binnen de kaders van de Avg. Daarbij zal ook worden gezien hoe een veilige uitwisseling van gegevens kan worden geborgd, en welke rol een opt-out-systeem daarbij zou kunnen vervullen om een meer efficiënte en effectieve gegevensuitwisseling bij de infectieziektebestrijding mogelijk te maken.

*Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of en op welke manier de Minister zich inspant om (secundaire) gegevensuitwisseling op Europees niveau te bevorderen.*

Ik vind het bevorderen van de elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens voor zowel primaire als secundaire doeleinden op nationaal en Europees niveau belangrijk. De Europese Commissie heeft in mei 2022 een voorstel gepubliceerd voor een European Health Data Space (EHDS) verordening waarin één van de doelstellingen is «om onderzoekers, innovatoren en beleidsmakers in staat te stellen de gegevens doeltreffender en veiliger te gebruiken». Deze doelstelling wordt uitgewerkt in een specifiek onderdeel van de conceptverordening betreffende secundair gebruik van gezondheidsgegevens, waar uitdrukkelijk aandacht is voor pandemische paraatheid en grensoverschrijdend onderzoek. Daarnaast worden in het Commissievoorstel ook maatregelen getroffen om de elektronische gegevensuitwisseling voor de levering van zorg (primair gebruik) te bevorderen.

De onderhandelingen vinden op dit moment plaats in de Europese Raadswerkgroep. Ik zal uw Kamer informeren over de stand van zaken rondom de onderhandelingen in de voorbereiding van de Gezondheidsraad in het eerste kwartaal 2023.

*De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het voornemen om te komen tot een toekomstbestendig en wendbaar vaccinatiestelsel. Kan de Minister omschrijven in welke hoedanigheid de genoemde organisaties betrokken worden bij de uitvoeringstoets? Welke andere organisaties worden hierbij betrokken, anders dan de GGD en huisartsen?*

Het RIVM voert een uitvoeringstoets uit die in beeld moet brengen wat er nodig is om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en te realiseren. De huisartsen en GGD'en worden hierbij onder meer betrokken, gezien de kennis en ervaring die door hen is opgedaan bij de uitvoering van bijvoorbeeld de COVID-vaccinatie. GGD GHOR Nederland speelt bij de uitvoeringstoets een belangrijke coördinerende rol door samen met de 25 regionale GGD'en te komen tot een gezamenlijk standpunt ten aanzien van uitvoeringstechnische, juridische en financiële aspecten die randvoorwaardelijk zijn om invulling te kunnen geven aan de vaccinatievoorziening bij de GGD'en.

Op het gebied van vaccinaties spelen ook andere professionals een rol. Daarom is het ook van belang die partijen te betrekken bij de uitvoeringstoets. Het RIVM heeft in kaart gebracht dat ruim 40 organisaties die professionals vertegenwoordigen zowel een directe als indirecte betrokkenheid bij vaccinaties hebben. Een greep uit deze omvangrijke lijst betreft organisaties zoals NFU, NVZ, de Nederlandse GGZ, ActiZ, VGN, VNG, Verenso, KNOV en AJN. Waar nodig zullen zij betrokken worden bij de uitvoeringstoets.

*Wordt communicatie en campagne voor vaccinaties ook behandeld in deze toets?*

Ja. Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen zich laten vaccineren, is goede communicatie en voorlichting noodzakelijk. In de uitvoeringstoets is daarom ook aandacht voor de rol van communicatie en wordt nader uitgewerkt wat ervoor nodig is om aandacht en bekendheid te genereren over de vaccinatievoorziening voor volwassenen en de vaccinaties die zij aanbiedt. Daarnaast is communicatie en inzet van campagnes onderdeel van de structurele inzet die het RIVM doet om het vaccinatieaanbod goed over te brengen aan de doelgroep.

*Wordt een snellere beoordeling van innovatieve vaccins, zoals in hoofdstuk «kennis en innovatie» beschreven, ook onderdeel van deze uitvoeringstoets?*

Nee, deze beoordeling is geen onderdeel van de uitvoeringstoets. De uitvoeringstoets richt zich primair op de randvoorwaarden voor de organisatie van een vaccinatievoorziening voor volwassenen. Vanuit het programma pandemische paraatheid is via ZonMw wel onderzoek gestart waarin op vier thema's het regelgevend kader in Nederland wordt geëvalueerd (drug rediscovery, farmacovigilantie, remote monitoring en geavanceerde therapeutische producten (ATMPs)).<sup>50</sup> Ook vaccins vallen hieronder. De uitkomsten van het onderzoek vormen ook de basis voor verdere programmering in de vorm van concrete verbeterprojecten en experimenten die bijdragen aan een adaptief ecosysteem dat passend kan reageren bij een pandemie. Daarnaast heb ik middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek op het gebied van Regulatory Science om de leveringszekerheid van medische producten te verbeteren.

*De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister stelt dat een stevig zoönosenbeleid een belangrijke basis is voor een goede pandemische paraatheid. Deze leden onderschrijven deze constatering en zijn van mening dat de Minister belangrijke stappen kan zetten om de overdracht van dierziekten op mensen te voorkomen. Zij verwijzen hierbij ook naar hun actieplan zoönose<sup>4</sup> en hun actieplan tegen vogelgriep<sup>5</sup>. Zij zijn bijvoorbeeld van mening dat zo snel als mogelijk ingezet moet worden op het vaccineren van pluimvee en dat gekeken moet worden naar mee koppelkansen binnen het Nationaal Programma Landelijk Gebied (NPLG). Wanneer kan de Kamer de onderzoeken verwachten in het kader van zoönosen-geletterdheid van het algemene publiek?*

Het RIVM heeft in samenwerking met de NVWA, GGD'en en het LCR een inventarisatie gemaakt voor welke transmissieroutes en doelgroepen aanvullende communicatie zinvol is. Deze inventarisatie is gebruikt als basis voor een kwantitatief marktonderzoek onder ruim tweeduizend burgers dat heeft plaats gevonden van september tot en met oktober 2022. De resultaten van dit onderzoek zijn naar verwachting dit voorjaar beschikbaar. Op basis van deze resultaten wordt bepaald of intensivering van bestaande communicatie of aanvullende (communicatie-)inzet nodig is. In de tussentijd wordt door het RIVM en onder andere de NVWA gewerkt aan de actualisatie van huidige communicatiemiddelen in het kader van zoönosengeletterdheid en gezorgd dat deze beter vindbaar zijn.

*Wordt hierin ook meegenomen hoe mensen moeten handelen wanneer zij een verdacht diervinden in hun omgeving, bijvoorbeeld dieren met vogelgriepverschijnselen?*

<sup>50</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1964

In het kwantitatief marktonderzoek dat is uitgevoerd zijn ook vragen opgenomen over wat burgers doen als zij wilde, zieke en/of dode dieren zien. Dieren met vogelgriepverschijnselen zijn in dit onderzoek niet specifiek aan de orde gekomen. De deelnemers van het onderzoek is gevraagd welke maatregelen volgens hen effectief zijn om te voorkomen dat je zelf ziek wordt na contact met wilde, zieke en/of dode dieren. De resultaten uit dit onderzoek kunnen zo nodig leiden tot intensivering van bestaande communicatie of aanvullende (communicatie-)inzet. Hiervoor wordt in het voorjaar een strategisch communicatieplan ontwikkeld. Via de brief van de Minister van LNV van 30 november jl. (Kamerstuk 28 807, nr. 279) bent u geïnformeerd over de leidraad «omgang met wilde vogels met vogelgriep». Deze leidraad heeft als doel duidelijkheid te geven over de rollen en verantwoordelijkheden van diverse betrokkenen en ook de wettelijke kaders weer te geven die daaraan ten grondslag liggen. Het Ministerie van LNV zal daarnaast samen met het Ministerie van VWS een landelijke werkgroep «vogelgriep in wilde vogels» oprichten. Voor die werkgroep worden experts, ervaringsdeskundigen en betrokkenen uit het land uitgenodigd. Deze werkgroep heeft als doel de regionale coördinatie te stimuleren en te faciliteren door onder andere relevante inhoudelijke vraagstukken en onderwerpen nader uit te werken.

*Wanneer kan de Kamer de uitkomsten van de pilotmonitoring en gegevensuitwisseling varkensinfluenzavirussen verwachten?*

Het RIVM voert op dit moment, in samenwerking met Gezondheidsdienst voor Dieren (Royal GD), Wageningen Bioveterinary Research en Erasmus-MC, een pilot-onderzoek uit waarbij zij een surveillancesysteem opzetten voor het volgen van (veranderingen in) de circulatie van varkensinfluenzavirussen op Nederlandse varkensbedrijven en deze varkensinfluenzavirussen vergelijken met humane influenzavirussen. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan het opzetten van een database waarin de genoemde partijen de informatie over deze virusstammen laagdrempelig met elkaar kunnen delen. Dit is één van de acties die voortvloeit uit het Nationaal actieplan versterking zoönosenbeleid. De uitkomsten van de pilot worden dit najaar verwacht en vervolgens met de Kamer gedeeld.

*Tot slot vragen deze leden of de Minister kan toelichten hoe er ook op Europeesverband wordt ingezet op een stevig zoönosenbeleid.*

Ik zet mij, samen met de Ministers van LNV en N&S, in voor internationale versterking van het zoönosenbeleid en intensivering van internationale samenwerking. In het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid staat hierover een apart hoofdstuk. Internationaal versterken van zoönosenbeleid doen we zowel op mondiaal niveau als in Europees verband. Voorbeelden binnen de EU zijn: het One Health European Joint Programme, Horizon Europe en European Joint Action Union and National Capacity Building 4 IntegraTED Surveillance (UNITED4Surveillance). De thema's waarop ingezet wordt in Europees verband zijn onder andere vaccinatie van pluimvee tegen vogelgriep, verminderen van lange afstandstransporten van landbouwhuisdieren (i.v.m. dierenwelzijn), versterking van gecoördineerde surveillance voor grensoverschrijdende zoönosen en de uitwisseling van deze gegevens, het uitdragen van de Nederlandse zoönosenstructuur, stimuleren van opstellen van nationale actieplannen rondom zoönosen, inzet op klimaat en inzet op het stoppen van ontbossing ten behoeve van het verminderen van zoönosenrisico's. De inzet op het uitdragen van de Nederlandse zoönosenstructuur, het opstellen van nationale actieplannen en op klimaat en ontbossing ten behoeve van het verminderen van zoönosenrisico's zal zich niet beperken tot Europese inzet, maar mondiaal worden uitgedragen.

*Voor wat betreft het personeelsbeleid vragen genoemde leden in hoeverre de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van plan is om ook de andere adviezen van het Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners over te nemen, zoals vergaande dualisering van het onderwijs (ad 1). Genoemde leden willen graag weten wat de verdere concrete acties zijn naar aanleiding van dit advies.*

In de kabinetsreactie van 13 juni 2022<sup>51</sup> ben ik daarop ingegaan. Wat betreft de dualisering van het onderwijs, geldt het volgende: dit pak ik op vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) onder de programmaliijn 3 Leren en ontwikkelen. Ik ben momenteel in gesprek met veldpartijen (o.a. werkgevers, werknemers, onderwijs) over het starten van pilots waar verpleegkunde studenten (mbo, hbo) worden gestimuleerd (meer) te kiezen voor duale trajecten ten behoeve van snelle inzetbaarheid. Hiermee komt extra capaciteit voor de zorg beschikbaar. De beschikbare begeleidingscapaciteit voor deze studenten vormt hierbij heel groot aandachtspunt, vooral nu de arbeidsmarkttekorten in de zorg snel oplopen. In samenwerking met het veld kijk ik welke bestaande (innovatieve, op samenwerking gerichte) pilots gericht op dit vraagstuk – voldoende begeleiding voor (duale) studenten maar óók voor zij-instromers en nieuwe medewerkers – verbreed kunnen worden of welke nieuwe pilots volgend schooljaar kunnen starten. Het Ministerie van OCW is hier ook bij betrokken.

De Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners heeft een tweetal adviezen opgeleverd. Een advies voor de korte termijn en een advies voor de (middel)lange termijn. Deze adviezen zijn respectievelijk op 8 februari 2022<sup>52</sup> en 13 juni 2022<sup>53</sup> van een kabinetsreactie voorzien.

Voor het korte termijn advies geldt dat hieraan door middel van subsidie aan Regioplus van circa 4,1 mln. uitvoering wordt gegeven. Naar verwachting worden de activiteiten voor 1 juli 2023 afgerond. Kort en goed zijn er acties in gang gezet die tot doel hebben om bij te dragen aan het ontzorgen van zorgprofessionals in de regio, acties rondom het stimuleren van combibanen, acties die het regionaal werkgeverschap stimuleren, wordt er gewerkt aan het wegnemen van drempels die mensen ervaren om in de zorg te gaan werken en wordt tot slot gestimuleerd dat er meer zorgondersteuners kunnen worden ingezet.

Voor het lange termijn advies geldt dat ik uw Kamer bij brief van 23 december jl.<sup>54</sup> heb geïnformeerd over de stand van zaken van twee onderdelen van de crisisregeling zoals voorgesteld in het advies van de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners. Het betreft de opschorting van de herregistratieplicht voor artikel 3 Wet BIG-beroepsbeoefenaars en het kader mogelijkheden inzet voormalig zorgpersoneel.

Ook wordt er een subsidieregeling opgezet die voorziet in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen per student die start met de BAZ-opleiding na 1 juli 2022 en de opleiding met een certificaat afrondt voor 1 oktober 2023. Met het beschikbare budget à 20 mln. euro is er ruimte om ruim 1000 deelnemers op te leiden.

<sup>51</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1883

<sup>52</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1780

<sup>53</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1883

<sup>54</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

*Genoemde leden constateren voor wat betreft de regionale sturing dat veel verantwoordelijkheid komt te liggen bij Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ'en) voor het borgen van goede zorg. Hoe is de Minister van plan om de ROAZ'en te ondersteunen? Zijn daar ook financiële middelen voor vrijgemaakt?*

Ik wil in 2023 met de partijen gaan verkennen wat er nodig is op het gebied van governance van de ROAZ'en en de positionering van de voorzitter van het ROAZ om de ROAZ'en te versterken. In het IZA en in de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg<sup>55</sup> heb ik aangegeven dat de ROAZ'en vanuit regionale samenwerking gaan werken aan transformatie opgaven om de zorg toegankelijk te houden. Dit doen zij op basis van ROAZ-beelden en -plannen. De gegevens die hiervoor nodig zijn komen landelijk openbaar beschikbaar voor de regio's. In het geval van een landelijke crisis met gevolgen voor de zorgcontinuïteit kijk ik tegelijkertijd naar een wettelijke borging van de landelijke regie en sturing. Daarmee worden de voorwaarden gecreëerd en verantwoordelijkheden geëxpliciteerd zodat de ROAZ-en ook in dat geval hun taken zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. Het Ministerie van VWS onderzoekt op dit moment de juridische mogelijkheden hiertoe.

Het LNAZ heeft aangegeven de uitbreiding van taken en uitbreiding van de netwerken van de ROAZ'en niet uit de huidige beschikbaarheidsbijdrage te kunnen financieren. De NZa doet momenteel een onderzoek naar de kosten van de uitvoering van de taken die bij de ROAZ'en belegd zijn, in verhouding tot de huidige beschikbaarheidsbijdrage. Verder ben ik aan het onderzoeken op welke wijze ik de regio's tijdelijk financieel kan ondersteunen voor onder andere het opstellen van de ROAZ-beelden en -plannen, voorbereiding op langdurige crises en informatiemanagement.

*Daarnaast benadrukken de leden van de D66-fractie dat bij het onderzoeken wat nodig is om zorgcoördinatie landelijk in te richten, ook het sociaal domein van gemeenten aangehaakt dient te worden. Kan de Minister dat toezeggen?*

Ik heb vijf partijen gevraagd om scenario's voor zorgcoördinatie uit te werken. Bij mijn vraag heb ik mij in eerste instantie gericht op de zorg, dat vergt al een brede samenwerking. Ik onderken het belang van samenwerking met het sociaal domein en ga op basis van de scenario's en een implementatieplan bezien of en hoe het sociaal domein aangesloten kan worden.

*De leden van de D66-fractie stellen inzake de verbeterde leveringszekerheid van medische producten dat het tijdig indiceren van geneesmiddelen tekorten alleen kan in goede Europese samenwerking en dat hierin verbetermogelijkheden zijn. Kan de Minister aangeven of het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en de Autoriteit voor paraatheid en respons (HERA) voldoende informatie tot hun beschikking hebben uit alle lidstaten om een adequate inschatting te maken van schaarste aan medische producten?*

Zowel HERA als het EMA zijn voor het maken van adequate inschattingen afhankelijk van (de kwaliteit van) informatie van veldpartijen en lidstaten. Nederland levert op diverse momenten inbreng om ervoor te zorgen dat de activiteiten van HERA en EMA, waar mogelijk, aansluiten bij de nationale behoeften. Ik heb nog geen totaalbeeld van de informatie die HERA en het EMA hebben. Ik zie ook dat op bepaalde terreinen nog sprake is van een opstartsituatie. Wel is mijn indruk dat HERA en het EMA

<sup>55</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 362

voortvarend aan de slag zijn gegaan. Zo is HERA het afgelopen jaar onder meer actief geweest om vaccins tegen het MPOX virus centraal in te kopen. HERA zal de komende jaren ook initiatieven ontplooiën om meer inzicht te krijgen in de productie- en toeleveringsketens (*supply chains*) van crisis gerelateerde medische producten.

*Deze leden vragen waar kwetsbaarheden zitten in het adequate monitoren van tekorten.*

Het monitoren door het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten (hierna: Meldpunt) helpt om beter voorbereid te zijn op een tekort dat mogelijk gaat ontstaan en tijdig te verkennen of er oplossingsrichtingen zijn, maar kan niet altijd voorkomen dat tekorten alsnog optreden. De effectiviteit van monitoring is afhankelijk van de informatie die vanuit partijen in de keten geleverd wordt, daar zit een mogelijke kwetsbaarheid. Deze wordt beperkt doordat handelsvergunninghouders verplicht zijn om verwachte leveringsonderbrekingen minimaal twee maanden van te voren te melden bij het Meldpunt Geneesmiddeltekorten en -defecten. Niet al deze mogelijke leveringsonderbrekingen leiden daadwerkelijk tot tekorten, bijvoorbeeld omdat de leveringsproblemen voldoende worden onderhouden door voorraden die nog in de keten beschikbaar zijn.

Of er daadwerkelijke tekorten optreden met impact voor patiënten wordt nauwlettend gevolgd door het CBG. Tekorten zijn afhankelijk van meerdere factoren. Bijvoorbeeld het marktaandeel van het product waar een tekort van wordt verwacht, of er alternatieve middelen beschikbaar zijn en of het product uit het buitenland gehaald kan worden.

Beschikbaarheidsproblemen van medicijnen die in de apotheek worden ervaren, worden gemonitord door Farmanco, een initiatief van de apothekerskoepel KNMP. Daarnaast is het CBG om de meldingen goed te kunnen duiden afhankelijk van de informatie van de handelsvergunninghouders, wat een mogelijke kwetsbaarheid is, bijvoorbeeld over de duur van het tekort en het marktaandeel en de vraag of handelsvergunninghouders van vergelijkbare producten kunnen opschalen. Handelsvergunninghouders zijn op hun beurt voor sommige onderdelen weer afhankelijk van informatie vanuit andere delen van de keten.

*Voorts vragen zij of de tekorten op dezelfde wijze worden gemonitord in de verschillende lidstaten, en of kennis en ervaringen met het Meldpunt geneesmiddeltekorten worden uitgewisseld met andere EU lidstaten.*

Tekorten worden in de verschillende landen anders gemonitord en ook worden andere definities aangehouden over wanneer bijvoorbeeld gemeld moet worden. Daardoor is het vergelijken en het uitwisselen van informatie tussen lidstaten dan ook uitdagend. In Nederland worden bijvoorbeeld zeer regelmatig verwachte leveringsonderbrekingen gemeld die uiteindelijk niet leiden tot daadwerkelijke tekorten, waar in sommige andere landen alleen gemeld wordt als er definitief sprake is van een tekort. Dat de verschillen in dataverzameling tussen landen groot zijn blijkt ook uit de studie van de Europese Commissie van eind 2021 over oorzaken van geneesmiddeltekorten en mogelijke oplossingsrichtingen in Europa<sup>56</sup>. Kennis en ervaring rondom tekorten worden uitgewisseld in het SPOC («*single point of contact*») netwerk en de «*Taskforce on Availability of Medicines*», waarin het CBG namens Nederland vertegenwoordigd is. Het SPOC netwerk is in 2019 opgericht en wordt gefaciliteerd vanuit het EMA.

<sup>56</sup> Future-proofing pharmaceutical legislation – Publications Office of the EU (europa.eu)

Op Europees niveau wordt gekeken of gekomen kan worden tot meer standaardisatie en harmonisatie. Mede hierom heeft de Europese Commissie een «*Joint Action*» over tekorten geïnitieerd. In deze *Joint Action* werken verschillende lidstaten samen aan zoveel als mogelijk harmonisatie van de monitoring van tekorten. Uw Kamer is recent geïnformeerd over de deelname van Nederland aan deze *Joint Action*<sup>57</sup>. Voor standaardisatie van definities en processen rondom het melden van tekorten is ook aandacht in het kader van de herziening van de EU geneesmiddelen basiswetgeving.

*Deze leden lezen dat de EMA een basislijst heeft opgesteld met kritische farmacotherapeutische categorieën voor spoedzorg, operatiezorg en Intensive Care (IC)-zorg. Kan de Minister iets zeggen over de toepasbaarheid van deze lijst op een crisissituatie in Nederland en op basis van welke criteria deze lijst is opgesteld?*

Door actieve Nederlandse inbreng bij de totstandkoming van de lijst is zo goed als mogelijk geborgd dat de lijst ook toepasbaar is voor de Nederlandse situatie, waarbij wel geldt dat de lijst afgebakend is in reikwijdte (gericht op verschillende vormen van spoedzorg) en ook een afgebakend doel dient. De lijst dient uitsluitend als basislijst om, nadat er een Europese crisissituatie is vastgesteld, te bepalen welke geneesmiddelen op deze lijst mogelijk kritisch zijn voor die specifieke crisis, en gemonitord zouden moeten worden. Het kan echter ook zijn dat er voor een bepaalde crisis juist hele specifieke geneesmiddelen kritisch zijn die niet op deze basislijst staan. Het betreft een lijst met farmacotherapeutische groepen en er vallen daarmee alsnog veel potentiële geneesmiddelen onder de vastgestelde categorieën. Het zal per lidstaat verschillen welke van deze specifieke geneesmiddelen daadwerkelijk kritisch zijn voor de nationale zorgpraktijk.

*Deze leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze veldspelers zelf kunnen inzetten op risicoplanning en hoe hierin samenwerking wordt bevorderd, eventueel ook met andere Europese veldspelers.*

Veldspelers kunnen momenteel in hun bedrijfsvoering zelf inzetten op risicoplanning. Daarnaast verkent de Europese Commissie in het kader van de herziening van de EU geneesmiddelen basiswetgeving, of het verplichten van risico- en mitigatieplannen voor vergunninghouders van geneesmiddelen nuttig kan zijn om risico's in de keten beter vooraf te identificeren en daar voorbereidingen voor te (laten) treffen. Ik vind het in beginsel goed dat wordt gekeken naar de rol die deze risicoplanning kan spelen in het voorkomen van tekorten, maar vraag daarbij wel aandacht voor de effectiviteit en uitvoerbaarheid van deze plannen. Dit en de rol van betrokken partijen, zoals zorgverzekeraars, zal de komende tijd nog onderwerp van discussie zijn.

*De leden van de D66-fractie delen de opvatting dat bevoorrading van medicijnen een belangrijke rol speelt bij een pandemie. Echter, in hoeverre is rekening gehouden met verspilling van medicijnen en/of beschermingsmaterialen in de beleidsregels?*

De beleidsregel waar u naar verwijst gaat uitsluitend over de voorraden van geneesmiddelen en is een verduidelijking van de reeds bestaande wettelijke verplichting om voldoende voorraad aan te houden. Bij het vaststellen van de termijnen in de beleidsregel is gezocht naar een balans tussen de positieve effecten (opvangen van tekorten) enerzijds en de

<sup>57</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

potentiële neveneffecten zoals mogelijke verspilling anderzijds. Met de inrichting van de beleidsregel is ook gekeken hoe verspilling zoveel als mogelijk voorkomen kan worden. Zo zijn bijvoorbeeld geneesmiddelen die zeer kort houdbaar zijn (en daarmee gevoeliger voor verspilling) uitgesloten.

Ten aanzien van breder voorraadbeleid om voorbereid te zijn op een nieuwe (gezondheids)crisis (pandemische paraatheid) kan naar verwachting structureel enige verspilling aanwezig zijn, omdat niet alle medische producten gebruikt zullen worden indien er geen sprake is van een nieuwe (gezondheids)crisis. Ik hecht aan duurzaamheid en het voorkomen van verspilling. Zo verken ik, met name om verspilling te voorkomen, de mogelijkheid om een decentrale voorraad PBM bij leveranciers of groothandels aan te houden waarbij jaarlijks een deel van de voorraad wordt verkocht en aangevuld (first in, first out voorraad). Ik kijk ook naar de mogelijkheid van hergebruik van PBM zodat minder voorraad nodig is. Hierover heb ik u reeds geïnformeerd in de Kamerbrief over Onderzoeken naar leveringszekerheid van medische producten.<sup>58</sup>

*Welke hindernissen ziet de Minister om ongebruikte voorraden te heruitgeven en is hij van plan hier stappen in te zetten?*

Ik zie hier geen hindernissen. Immers heruitgifte is in dit kader niet van toepassing, omdat van heruitgifte pas sprake is als het geneesmiddel of de PBM al is uitgegeven aan de patiënt. De beleidsregel van geneesmiddelen gaat uitsluitend over voorraden bij de groothandel en handelsvergunninghouder. Deze zijn dus nog niet uitgegeven aan de patiënt.

*Welke rol speelt verduurzaming bij het vormgeven van de wettelijke voorraadverplichting?*

Verduurzaming is geen doel van de voorraadverplichting. Wel is bij het vaststellen van de termijnen en de inrichting van de beleidsregel zoveel mogelijk rekening gehouden met het voorkomen van spillage.

*De leden van de D66-fractie lezen ten aanzien van kennis en innovatie dat de Minister conform motie van het lid Paulusma<sup>59</sup> in gesprek is gegaan met de sector en de Minister hen op het belang van pandemische paraatheid en wendbaarheid van onderzoek heeft gewezen. Kan de Minister toelichten met welke partijen de Minister in gesprek is gegaan en welk resultaat dit heeft opgeleverd of op welke wijze de sector dit advies in uitvoering brengt?*

Ten tijde van de motie bleek het Sectorplan Medische en Gezondheidswetenschappen reeds in een vergevorderd stadium en is inmiddels door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gepubliceerd<sup>60</sup>. Naar aanleiding van de motie heeft mijn ministerie desondanks contact gezocht met de NFU als penvoerder van het betreffende sectorplan. Conform de motie is aan NFU meegegeven dat de COVID-19-pandemie heeft aangetoond dat het essentieel is dat er tijdens een pandemie snel wetenschappelijke kennis beschikbaar komt. Wendbaarheid van onderzoek en multidisciplinaire samenwerking is daarin van belang. En dat het opnemen van pandemische paraatheid als eigenstandig domein in het sectorplan het overwegen waard is. Tevens heb ik de NFU geattendeerd op de Beleidsagenda Pandemische Paraatheid en het voorgenomen ZonMw programma Pandemische

<sup>58</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

<sup>59</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1910

<sup>60</sup> NFU. <https://www.nfu.nl/themas/onderzoek-en-innovatie/sectorplan-versnellen-op-gezondheid>

Paraatheid. Er heeft verder geen overleg plaatsgevonden met de NFU. Doordat het plan op het moment dat de motie werd ingediend al bijna gereed was, heeft dit niet tot aanpassingen in het plan geleid.

*Op welke wijze kan de Minister in samenwerking met de Minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschap er zorg voor dragen dat de Nederlandse onderzoeksstructuur schokbestendig wordt en daarmee pandemisch paraat is?*

De pandemie was ook voor de wetenschap en onderzoekers een wake-up call. De wetenschap ziet daarbij zelf ook het belang van een domeinoverstijgende aanvliegroute van het vraagstuk van een pandemie. Het KNAW-rapport «met de kennis van straks» en het recente congres hierover laten dit zien. Ik wil de voedingsbodem voor kennisontwikkeling op het brede domein van de pandemische paraatheid verbeteren. Dat doe ik door multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, kennisinstrumenten te (laten) ontwikkelen en kansen te creëren voor deelname aan (internationale) kennisprogramma's. Goede samenwerking rond kennisvraagstukken in niet-pandemische tijden zorgt ook voor effectieve samenwerking in tijden van een pandemie. De wetenschap is gebaat bij een sterk fundament, wendbaarheid en goede onderlinge samenwerking. Ons kabinetsbeleid, in het bijzonder de inzet van de Minister van OCW, richt zich hier dan ook op. In zijn beleidsbrief voor hoger onderwijs en wetenschap (Kamerstuk 31 288, nr. 964) licht hij zijn inzet voor een gezond en duurzaam stelsel van hoger onderwijs en wetenschap nader toe.

*Deze leden lezen met belangstelling dat de Minister aan de slag gaat met een innovatieagenda mede om de doorlooptijd van ontwikkeling tot aan implementatie te verkorten. Kan de Minister aangeven welke veldspelers betrokken worden bij het opzetten van een dergelijke agenda en welk tijdspad deze leden kunnen verwachten?*

Het is mijn inzet om in de tweede helft van 2023 een innovatieagenda op te stellen. Centraal staat het verbeteren van de voedingsbodem (het ecosysteem) voor innovatie ten behoeve van pandemische paraatheid. Bij de uitwerking van deze vragen in de agenda ben ik voornemens een breed palet aan partijen uit bedrijfsleven en wetenschap open te laten uitnodigen passend bij de voorliggende vraagstukken.

*De leden van de D66-fractie lezen in de beleidsagenda dat, waar mogelijk en relevant, Caribisch Nederland bij de voorbereidingen aansluit die in Europees Nederland worden getroffen. Deze leden zijn het eens met de Minister dat het belangrijk is dat rekening wordt gehouden met lokale omstandigheden. Kan de Minister uitweiden over hoe het proces loopt tot het besluit om Caribisch Nederland al dan niet bij de voorbereidingen aan te haken? Geldt hier ook het «comply or explain»-principe? Kan de Minister illustreren hoe de samenwerking op dit gebied precies loopt?*

Aangezien het beleid dat wordt ontwikkeld in Europees Nederland niet één op één is over te nemen, wordt per initiatief bekeken of en hoe Caribisch Nederland kan aansluiten bij de voorbereidingen die in Europees Nederland worden getroffen. Het Ministerie van VWS voert hierover gesprekken met de openbare lichamen en de uitvoerende partijen. In reguliere overleggen en tijdens werkbezoeken worden de initiatieven voor pandemische paraatheid besproken en wordt beoordeeld of aansluiting bij Europees Nederland mogelijk en relevant is. Voor sommige initiatieven geldt dat Caribisch Nederland wordt meegenomen in de voorbereidingen, voor andere initiatieven geldt dat er redenen zijn om gezamenlijk andere oplossingsrichtingen te zoeken. Hierbij geldt het principe van «comply or explain». Gezien de schaalgrote en regionale

verbondenheid wordt samengewerkt met de autonome landen binnen het Koninkrijk aan versterking van de pandemische paraatheid.

*Genoemde leden hebben met interesse het overzicht van de financiële middelen namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingezien. Echter zijn deze leden van mening dat pandemisch paraatheid niet enkel een aangelegenheid is van het genoemde ministerie. Een pandemie raakt immers alle sectoren. Voorts vragen deze leden om een overzicht van financiële middelen namens andere departementen met het oog op pandemische paraatheid en specifiek welke middelen het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit inzet op pandemische paraatheid.*

Het programma pandemische paraatheid is belegd bij het Ministerie van VWS, daarvoor zijn middelen vrijgemaakt in het coalitieakkoord. Het programma richt zich op het versterken van de publieke gezondheid, zorg en leveringszekerheid. Overige departementen hebben geen aanvullende middelen ontvangen voor pandemische paraatheid. Een overzicht van financiële middelen namens andere departementen, specifiek voor pandemische paraatheid, is derhalve niet op te maken. Daar waar mogelijk wordt de samenwerking gezocht met andere departementen. Er zijn bijvoorbeeld twee programma's uitgezet via het Ministerie van EZK (voor onderzoek naar ventilatie en ter bevordering van innovatie). Er wordt daarnaast nauw samengewerkt met het Ministerie van LNV bij de uitvoering van het Nationaal actieplan versterken zoönosebeleid. Ook is er een onderzoeksprogramma uitgezet via dit departement.

*De leden van de D66-fractie vragen tot slot op welke wijze in een volgende pandemie wordt ingezet op lange termijngevolgen van een pandemie, zoals Long-COVID. Kan de Minister aangeven welke plannen er zijn om zulke ernstige lange termijn gevolgen in te perken?*

Het beleidsprogramma Pandemische paraatheid zet zoveel mogelijk in op het voorkomen en beperken van de gevolgen van een toekomstige pandemie. Indien na een nieuwe pandemie zich langdurige klachten voordoen bij mensen, zal dat binnen de beleidskaders voor de reguliere zorg worden opgepakt. Daarbij zullen lessen van de COVID-19-pandemie uiteraard worden betrokken.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Nederland zat als enige land in Europa in een vierde lockdown met enorme schade voor ondernemers maar zat ook met het weer afschalen van reguliere ziekenhuiszorg voor andere patiënten dan coronapatiënten. Gebrek aan capaciteit was een beperkende factor in de aanpak van de COVID-19-pandemie. Er was gebrek aan testcapaciteit, aan laboratoriumcapaciteit, aan zorgcapaciteit en aan IC-capaciteit, om maar wat te noemen. Dit wijst op de noodzaak van het aanhouden van buffers om op te kunnen schalen. Die buffers zijn er nog steeds niet en gaan er met dit beleidsprogramma ook niet komen, zo concluderen deze leden. Genoemde leden hebben daarom een aantal kritische vragen en opmerkingen. Zij zijn verbijsterd dat het tekort aan IC-capaciteit, zowel de bedden, de apparatuur als het personeel helemaal geen thema is in het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Heeft de Minister onder een steen geleefd de afgelopen jaren?*

Nee.

*Waarom ging Nederland op slot? Waarom vier keer een lockdown?  
Waarom gingen de scholen dicht?*

Bij de bestrijding van de corona epidemie heeft het kabinet het beschermen van de kwetsbaren alsook het behoeden van de zorg tegen overbelasting voorop gezet. Om deze doelen te bewerkstelligen zijn verschillende contactbeperkende maatregelen ingezet. Lockdowns, alsook de sluiting van het fysieke onderwijs maakten daar onderdeel van uit. Voor deze zeer ingrijpende maatregelen is gekozen na zorgvuldige afwegingen door het kabinet en op basis van brede advisering door het OMT alsook door instanties als de gedragsunit van het RIVM, de politie en communicatiewetenschappers. De redenering achter deze verschillende maatregelen is in verschillende brieven over de corona epidemie gedeeld met uw Kamer, alsook de Eerste Kamer, en er is in verschillende debatten uitvoerig verantwoording over afgelegd.

*Waarom ging de horeca naar de afgrond?*

Ter bestrijding van de corona epidemie is een aantal zeer ingrijpende contactbeperkende maatregelen ingezet. De geleden schade, bijvoorbeeld in de vorm van gederfde inkomsten zijn zo goed als mogelijk opgevangen door gerichte financiële steunmaatregelen. Deze tijd is voor iedereen, inclusief de horeca heel zwaar geweest, maar er is geen sprake van dat de horeca naar de afgrond is gegaan.

*Waarom werd de reguliere zorg afgeschaald?*

Tijdens de COVID-19-pandemie heeft de zorg te maken gehad met hoge aantallen coronapatiënten in de kliniek en op de IC. Om een volledige overbelasting van de zorg te voorkomen, was het noodzakelijk om, naast het treffen van contactbeperkende maatregelen, ook reguliere zorg af te schalen.

*Nooit van code zwart gehoord?*

Jawel, ik heb van code zwart gehoord.

*Tijdens de COVID-19-pandemie ging geen dag voorbij of de IC-capaciteit was in het nieuws. In meerdere debatten hebben genoemde leden erop gewezen dat Nederland onderaan bungelt als het gaat om het aantal beschikbare IC-bedden en dat Nederland minimaal moet opschalen naar een Europees gemiddelde. Deze leden willen de Minister ook wijzen op de volgende uitspraak over de IC-capaciteit van voormalig zorgbestuurder de heer Kuipers in juli 2020: «Je moet er rekening mee houden dat je in een opgeschaalde fase zo'n 650 bedden extra nodig hebt. Opgeteld bij de normale 1.150 kom je uit op 1.800 bedden.» In plaats van 1800 IC-bedden zijn er op dit moment amper 1000. Onbegrijpelijk, aldus genoemde leden. Naast een flexibel opschalingsplan moet het aantal IC-bedden structureel omhoog. Als dit geen plaats krijgt in het beleidsprogramma pandemische paraatheid, dan is het hele plan een wassen neus. Graag ontvangen genoemde leden een reactie op alle voornoemde punten.*

Zoals ik eerder aan uw Kamer heb gemeld<sup>61</sup>, is dankzij de subsidiëring IC-opschaling geïnvesteerd in de benodigde apparatuur en inventaris om in geval van nood te kunnen opschalen tot maximaal 1700 IC-bedden. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij deze infrastructuur in stand houden, zodat in geval van nood snel opgeschaald kan worden. Of

<sup>61</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1959

en wat daarvoor aanvullend nodig is, verken ik in het kader van pandemische paraatheid.

*De leden van de PVV-fractie zijn eveneens verbijsterd dat de aanwezigheid van strategische voorraden niet meteen aan de start van de COVID-19-pandemie in december 2019 werden gecontroleerd dan wel aangelegd, maar dat zeer lang werd gewacht waardoor een panieksituatie ontstond en in zee werd gegaan met criminelen en charlatans. Dit moet hoe dan ook voorkomen worden, als een nieuwe pandemie zich aandient en dient verankerd te worden in beleid. Daarnaast moet voorkomen worden dat zo goed als alle voorraden zomaar kunnen worden verpatst aan de hoogste bieder zoals dat gebeurde op 17 februari 2020 met de vlucht naar China. Het belang van de gezondheid van onze eigen zorgmedewerkers had moeten prevaleren. Deze leden vragen hoever de Minister al gevorderd is met het aanleggen van strategische voorraden, waaronder van geneesmiddelen, hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen.*

Voor het antwoord op deze vraag maak ik onderscheid tussen de drie door de vraagstellers genoemde categorieën aan medische producten en is er een nationaal traject en daarnaast een Europese samenwerking. Voorraden zijn één van de manieren om leveringsonderbrekingen beter te ondervangen, maar bieden geen oplossing voor de gehele tekortenproblematiek. Binnen het voorraadbeleid moet telkens onderscheid worden gemaakt tussen wie verantwoordelijk is voor de voorraad en wie deze in beheer heeft (marktpartijen, zorgverleners of overheden). De beleidsregel die geldt voor geneesmiddelen stelt de ondergrens vast voor de voorraden die door geneesmiddelenfabrikanten en groothandels zelf moeten worden aangehouden. Dit zorgt voor een goede buffer in de keten om tijdelijke leveringsonderbrekingen beter te kunnen ondervangen. Daarnaast wordt in aanvulling hierop in opdracht van mijn ministerie sinds 2020 tijdelijk, in het kader van de COVID-19-pandemie, een crisisvoorraad van IC-medicatie aangehouden door ziekenhuizen. Deze COVID-19 crisis voorraad (CCV) is aangelegd om sterke fluctuaties in de vraag naar deze geneesmiddelen die essentieel zijn voor het continueren van spoedzorg, beter op te kunnen vangen. Ik ben in overleg met de ziekenhuizen om de CCV in ieder geval nog een jaar aan te houden.

Gelet op het grote aantal medische hulpmiddelen dat in de zorg wordt gebruikt en de onvoorspelbaarheid van mogelijke tekorten, is het aanhouden van voorraden voor alle (kritieke) medische hulpmiddelen door het Ministerie van VWS niet haalbaar. Ik beraad mij nog op de vraag of een wettelijke verplichting voor medische hulpmiddelen noodzakelijk en uitvoerbaar is.

Het Ministerie van VWS houdt op dit moment een centrale (nood)voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) aan. De huidige contracten rond deze centrale (nood)voorraad lopen tot januari 2024. Ik verken de komende maanden of voor de periode daarna een centrale (nood)voorraad PBM of een decentrale (nood)voorraad bij leveranciers of groothandels de voorkeur heeft.

De overheid houdt wel zelf voorraden aan van enkele medische producten, zoals tegen besmettelijke ziekten alsook tegen Chemische, Biologische, Radiologische en Nucleaire (CBRN) risico's of bijvoorbeeld tegen specifieke vergiftigingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om vaccins tegen het pokken en/of MPOX virus, jodium tegen nucleaire straling of tegengif tegen beten van slangen of insecten.

Tot slot wordt op Europees niveau de komende tijd door HERA in samenwerking met de lidstaten gewerkt aan een strategische noodvoorraad van crisis gerelateerde medische producten rondom een aantal ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Deze

noodvoorraden zijn bedoeld als «*last resort*» waar lidstaten bij een crisis een beroep op kunnen doen. Een en ander neemt echter de verantwoordelijkheid van lidstaten om hun nationale paraatheid op orde te hebben niet weg.

*In 2019 stond in het Gupta rapport dat een strategische voorraad van vijf maanden de geneesmiddeltekorten voor 85% zou kunnen opvangen. Dat was dus een aanbeveling van voor de coronacrisis. Waar staan we nu?*

In 2021 heeft mijn voorganger deze vijf maanden voorraad heroverwogen door de positieve effecten enerzijds en de mogelijke neveneffecten anderzijds af te wegen. Bij deze heroverweging is onder andere rekening gehouden met een inventarisatie van voorraadverplichtingen in andere Europese landen en de opbrengsten van een pilot. Door deze heroverweging zijn de termijnen vastgesteld op zes weken bij de handelsvergunninghouder en (uiteindelijk) vier weken bij de groothandels. Voor de volledige heroverweging, en alle daarin meegenomen afwegingen, verwijs ik u naar de brief van 23 november 2021<sup>62</sup>. Destijds is ook, waar van toepassing, rekening gehouden met de ervaringen tijdens de COVID-19-pandemie. De beleidsregel waarin de termijnen zijn verankerd is afgelopen zomer gepubliceerd in de Staatscourant.

*Voor geneesmiddelen komt er vanaf 1 januari 2023 een verplichting tot het aanhouden van acht weken voorraad en die verplichting is belegd bij vergunninghouders (zes weken) en groothandelaren (twee weken). Beetje magertjes, aldus deze leden. Voor hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen is de Minister nog bezig met het inrichten van een monitoring, coördinatie en regiestructuur, want er is helemaal geen zicht op waar zich welke voorraden bevinden. Een verplichting tot het aanhouden van voorraden hulpmiddelen is nog lang niet in zicht. Veel te laat, aldus deze leden. Genoemde leden zijn daarbij ontsteld dat de Minister niet inzet op nationale voorraden, maar op Europese voorraden. Het was bijvoorbeeld Duitsland die tijdens de COVID-19-pandemie een exportverbod instelde voor mondkapjes en vrachtwagens met hulpmiddelen bestemd voor België aan de grens tegenhield. Het was juist ieder voor zich tijdens de start van de COVID-19-pandemie. Waarom denkt de Minister dat dit tijdens een volgende pandemie anders zal zijn? Nog afgezien van het feit dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op Europese voorraden geen toezicht kan houden, is het de vraag of en hoe een Nederlandse aanspraak op Europese voorraden gehonoreerd zal worden. De leveringszekerheid bij Europese voorraden is niet gegarandeerd, terwijl het structureel verbeteren van de leveringszekerheid een van de drie beleidsopgaven is van het programma pandemische paraatheid. De focus moet daarom op Nederlandse voorraden liggen, aldus deze leden. Graag zien zij dat Nederland in eigen beheer in de eigen voorraad kan voorzien, zodat als het misgaat Nederland niet afhankelijk is van de goedheid van anderen of de slechtheid van criminelen en woekerwinsten. Graag ontvangen deze leden een reactie op alle voornoemde punten.*

Binnen het voorraadbeleid wordt gewerkt langs verschillende sporen. Hierbij moet telkens onderscheid worden gemaakt tussen wie verantwoordelijk is voor de voorraad en wie deze in beheer heeft (marktpartijen, zorgverleners of overheden).

Voor zover het gaat over reguliere voorraden van geneesmiddelen volgens de beleidsregel, deze zijn in beheer van de handelsvergunninghouder en groothandel zelf en dus niet van een Nederlandse of Europese

<sup>62</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 735

overheid. Volgens de beleidsregel mag deze voorraad in Europa liggen, maar deze moet wel geoormerkt zijn voor Nederland. Bij de consultatie van het veld over de haalbaarheid bleek dat bepaalde geneesmiddelen vanuit een centrale hub in Europa worden geleverd aan groothandels en/of ziekenhuizen. Een verplichting van al deze voorraden op Nederlands grondgebied zou te sterk afstaan van de huidige praktijk waarbij de keten ook in bepaalde mate internationaal is ingericht wat tot negatieve neveneffecten zou kunnen leiden (bijvoorbeeld het stoppen met beleveren van Nederland). De beleidsregel heeft als doel om tijdelijke leveringsonderbrekingen in de keten beter te kunnen laten ondervangen.

Voor de crisisvoorraad IC-medicatie (CCV) geldt dat deze voorraden op Nederlands grondgebied liggen en in het beheer zijn van de ziekenhuizen. Voor hulpmiddelen en PBM geldt dat er op dit moment in Nederland een (nood)voorraad PBM en beademingsapparatuur aanwezig is. De (nood)voorraad is op dit moment in beheer van het Ministerie van VWS. Zoals aangegeven houdt de overheid ook preventief voorraden aan van enkele specifieke geneesmiddelen zoals vaccins tegen besmettelijke ziekten en/of medische producten die ingezet kunnen worden bij CBRN-incidenten. Deze voorraden worden aangehouden bij of onder regie van het RIVM en/ of in de veiligheidsregio's in ons land.

Op Europees niveau wordt daarnaast gewerkt aan het aanleggen van noodvoorraden van crisis gerelateerde medische producten, die kritisch zijn bij een volgende ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreiging zoals een pandemie. Een deel ervan is al aangelegd, maar op initiatief van HERA zal hier de komende tijd een verdere opbouw van plaatsvinden. Deze noodvoorraden gelden als een zogenaamde «last resort» ten tijde van crisis en zullen voor een belangrijk deel worden beheerd door individuele lidstaten. In tijd van nood beslist de Europese Commissie hoe deze producten – onder meer op basis van urgentie – zullen worden verdeeld over lidstaten. Deze producten zijn dus alleen beschikbaar voor lidstaten nadat nationale voorraden onvoldoende zijn gebleken. Door betere coördinatie, afstemming en onderlinge solidariteit op EU-niveau, alsmede door de oprichting van Europese structuren, zoals HERA, zal het naar verwachting eenvoudiger worden om gezamenlijke afspraken te maken en deze ook na te komen dan tijdens de COVID-19-pandemie, toen dergelijke afstemming – zeker in het begin – onvoldoende functioneerde en relevante structuren grotendeels ontbraken. De EU heeft hierbij ook specifiek van de COVID-19-pandemie geleerd hoe belangrijk een goed werkende interne markt en open grenzen zijn binnen de EU voor medische producten. Nederland heeft hier tijdens de pandemie altijd voor gepleit. Het wekt vertrouwen dat we als EU echt als 27 lidstaten willen en kunnen optrekken, ondanks onze nationale bevoegdheden, nu dat er in EU verband verdere afspraken zijn gemaakt in de verdere bestendiging van de interne markt en ook recent over inreismaatregelen ten aanzien van China.

*De leden van de PVV-fractie delen de mening dat ook de langdurige zorg goed voorbereid moet zijn op (pandemische) uitbraken. Zij vragen of infectiepreventie op dit moment nog geen onderdeel is van de kwaliteitscyclus en willen weten welke verbetering de Minister concreet voornemens is hierop aan te brengen. Graag ontvangen zij een aantal voorbeelden. Deze leden maken zich zorgen dat dit verbetertraject, wat periodiek ook geëvalueerd zal gaan worden door «vreemde» ogen, zal zorgen voor een toename in toch al veel te hoge de administratieve lasten in de langdurige zorg. Graag ontvangen deze leden een reactie. Welke «vreemde» ogen zullen mee gaan kijken?*

In de huidige kwaliteitscyclus in de langdurige zorg is al aandacht voor infectiepreventie. Om dit te versterken wordt momenteel onderzocht hoe een cyclus van leren en verbeteren het beste op gang kan worden gebracht en geborgd kan worden in de bestaande kwaliteitsstructuren. In dit onderzoek wordt ook de impact op de administratieve lasten meegenomen. De eerste uitkomsten hiervan worden medio 2023 verwacht. Daarnaast worden programma's gefinancierd waarmee zorgaanbieders ondersteuning ontvangen bij hun eigen verbetertrajecten.

*Genoemde leden lezen dat de NZR nog steeds een beetje in de kinderschoenen staat, terwijl een jaar geleden nog werd gezegd er nu al zo'n 2000 zorgreservisten zouden zijn. Deze leden willen graag weten hoeveel zorgreservisten er nu daadwerkelijk zijn en of ze al worden ingezet. Zo ja, hoe worden zij ingezet en waar?*

In de brief van 5 oktober 2021<sup>63</sup> heb ik een verwachting uitgesproken van een NZR met een bestand van circa 2.000 ingeschreven reservisten op basis van het aantal reservisten in 2021. Dat aantal is nog niet gehaald, maar daar wordt hard aan gewerkt. Op dit moment wordt het reservistenbestand, zoals ook aangegeven in de brief van 23 december 2022<sup>64</sup>, onderhouden door de stichting Extra ZorgSamen (EZS). Eind 2022 bedroeg het aantal bij EZS aangemelde zorgreservisten 1.618.

Het is, zoals ook aangegeven in uw motie, de bedoeling dat de NZR wordt ingezet als er sprake is van een crisis zoals een pandemie, ramp of terreuraanslag waardoor de zorgcontinuïteit in het gedrang dreigt te raken. In principe is hiervan op dit moment geen sprake (meer) en wordt de NZR als zodanig nog niet ingezet. Het huidige reservistenbestand staat echter stand-by om in te springen als het nodig is.

*Deze leden lezen dat de komende jaren geld wordt vrijgemaakt voor de zorgreservisten. Waarom is dit aanzienlijk minder dan dit jaar beschikbaar werd gesteld? Voor het jaar 2023 betreft dit namelijk 2,5 miljoen euro, voor 2024 3,9 miljoen euro en voor 2025 en 2026 3,6 miljoen euro. In 2022 ging er nog 5 miljoen euro naar de NZR.*

Op Prinsjesdag 2022 zijn extra financiële middelen vrijgemaakt voor de oprichting van de toekomstige NZR. Er is dus geen sprake van een vermindering van het budget. De door u genoemde bedragen komen bovenop het reeds begrote bedrag van 5 miljoen euro. Dus 7,5 miljoen euro in 2023, 8,9 miljoen in 2024 en 8,6 miljoen in 2025 en 2026<sup>65</sup>.

*Deze leden begrijpen ook niet waarom de zorgreservisten nu een uiterste middel worden genoemd om de zorgcapaciteit op te schalen. Zorgreservisten zijn immers snel inzetbaar en kunnen direct bijspringen om het vaste zorgpersoneel te ondersteunen tijdens een crisis. Heeft de Minister niet langer de ambitie om een volwaardige permanente zorgreserve op te bouwen?*

Het kabinet streeft nog altijd naar het opbouwen van een bestendige permanente zorgreserve. De NZR is echter wel uitdrukkelijk bedoeld als een «crisis-instrument» en de inzet is daarom aan beperkingen gebonden. De NZR is immers geen oplossing voor de huidige structurele arbeidsmarkttekorten. In de brief van 23 december 2022<sup>66</sup> is toegelicht dat het de bedoeling is dat zorginstellingen bij een crisis een escalatieladder

<sup>63</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 446

<sup>64</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

<sup>65</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

<sup>66</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

doorlopen. Dat houdt in dat een zorginstelling, voordat zij een aanvraag kan doen voor inzet van de NZR, altijd eerst moet hebben gekeken naar andere oplossingen voor het aantrekken van extra personeel, zoals het inzetten van hun flexibele schil of inlenen van andere zorgaanbieders in de regio.

Indien de NZR namelijk als een van de eerste middelen wordt ingezet, terwijl voornoemde opties niet zijn benut, dan kan de NZR als een soort uitzendbureau worden beschouwd en dat kan marktverstoring werken. Daarnaast is er een afbreukrisico als er te veel en te vaak een beroep op de reservisten wordt gedaan, omdat werkgevers van reservisten die in een andere branche zijn gaan werken hier bezwaar tegen zouden kunnen maken.

*De leden van de PVV-fractie ergeren zich aan de wijze waarop de Minister oplossingen steeds in Europees verband zoekt, zoals ook nu weer bij de aankoop van vaccins. En dat terwijl de Algemene Rekenkamer nog onderzoek doet naar de Europese onderhandelingen over de aankoop van coronavaccins. Waarom wordt dat niet eerst afgewacht?*

Uit de aanpak van de COVID-19-pandemie worden zowel nationaal als internationaal continu lessen getrokken. Deze lessen betrek ik in mijn beleid in voorbereiding op een mogelijke volgende pandemie. Ik zal dit ook doen als de bevindingen van de Algemene Rekenkamer ter beschikking komen over de aankoop van coronavaccins. In algemene zin is één van de lessen die we (wederom) geleerd hebben, dat we in betere internationale samenwerking een pandemie moeten bestrijden. Daarom zal ik ook in het kader van pandemische paraatheid oplossingen blijven zoeken op EU, WHO en mondiaal niveau.

*Is de Minister op de hoogte van het lopende onderzoek van het Europese Openbaar Ministerie (EPPO) naar de aankoop van coronavaccins door de Europese Unie? Vindt de Minister dit niet verontrustend?*

Ja, ik heb daar kennis van genomen. Ik wil niet op de bevindingen van de EPPO vooruitlopen.

*Het EPPO jaagt normaal gesproken op fraudegeld. Nederland heeft zo'n drie miljard euro in coronavaccins geïnvesteerd. Daarvan moet men toch weten of dit rechtmatig is geweest?*

Ik deel uw mening dat rechtmatigheid van uitgaven van groot belang is.

*De Europese Commissie werkt uitermate ontransparant en ondemocratisch. Waarom zou men de commissievoorzitter Von der Leyen laten bepalen welke vaccins Nederland krijgt en wat Nederland daarvoor moet betalen? Genoemde leden bepleiten dat vaccininkoop weer een nationale aangelegenheid moet worden.*

Het aankoopproces van de COVID-19-vaccins vindt plaats in nauwe samenwerking tussen de Europese Commissie en de lidstaten. Iedere lidstaat bepaalt uiteindelijk zelf of het meedoet met een contract. De Commissie kan de lidstaten hierin niet binden.

*Zij zijn tot slot niet tevreden met de uitvoering van de motie van het lid Maeijer<sup>67</sup>. Deze motie verzoekt om onderzoek hoe generieke medicijnenproductie en grondstoffenproductie in Nederland kunnen worden behouden. De Minister wil dit doen «zo veel mogelijk in samenhang met de inzet van andere EU lidstaten en de Commissie op (opschaalbare)*

<sup>67</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 5

*productie dicht bij huis.» Uit het debat bleek duidelijk dat deze motie de zelfvoorzienendheid van Nederland wil versterken, juist onafhankelijk van derde landen. Genoemde leden willen de garantie dat het onderzoek zich nadrukkelijk op Nederland richt. Graag ontvangen zij een reactie.*

Ik bevestig dat mijn onderzoek naar het in kaart brengen van bestaande productiecapaciteit van geneesmiddelen zich uitsluitend toespitst op activiteiten in Nederland. Ik heb uw Kamer nog recent over mijn aanpak geïnformeerd.<sup>68</sup> Daarnaast streef ik niet naar zelfvoorzienendheid, maar zo veel mogelijk naar leveringszekerheid. De uitkomsten van dit onderzoek zal ik ook gebruiken in mijn analyse over welke rol Nederland in Europees verband kan spelen in het verminderen van afhankelijkheden en kwetsbaarheden in de productieketens.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. De Minister geeft op de eerste pagina van de brief aan dat waar mogelijk en relevant Caraïbisch Nederland aansluit bij de voorbereidingen. Genoemde leden vragen hoe ermee omgegaan wordt als het wel relevant is dat Caraïbisch Nederland aan zou moeten sluiten, maar dit door omstandigheden niet mogelijk is. Of komt dat niet voor? Graag ontvangen deze leden wat meer toelichting, want in de brief komen Bonaire, Sint Eustatius en Saba de (BES)-eilanden verder niet meer voor.*

Aangezien het beleid op het gebied van pandemische paraatheid dat wordt ontwikkeld in Europees Nederland niet één op één is over te nemen, wordt per initiatief bekeken óf en hoe Caribisch Nederland kan aansluiten bij de voorbereidingen die in Europees Nederland worden getroffen (volgens het principe «*comply or explain*»). Het Ministerie van VWS voert hierover gesprekken met de openbare lichamen en de uitvoerende partijen. Wanneer het relevant is dat Caribisch Nederland aansluit maar dit door omstandigheden (nog) niet mogelijk is, wordt een andere oplossingsrichting gezocht. Deze variëren bijvoorbeeld van alternatieve investeringen in opleiding van zorgpersoneel tot regionale initiatieven op het gebied van kennisdeling om de paraatheid voor grootschalige infectieziekte uitbraken te vergroten.

*Op de derde pagina van de brief staat dat de structurele versterking van de GGD er pas vanaf 2025 is. De leden van de CDA-fractie vragen waarom dat niet eerder kan. Als voorbeeld zien deze leden nu dat schurft steeds meer voorkomt, waarbij een sterke GGD noodzakelijk is om dit probleem aan te pakken.*

In de komende jaren 2023 en 2024 doet het kabinet incidentele investeringen bij de GGD'en met als doel ervoor te zorgen dat GGD'en een belangrijke stap kunnen zetten om de basis van de infectieziektebestrijding op orde te brengen om goed bij te kunnen dragen aan de opschaling tot de landelijke operatie in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel. Een van de onderdelen van het plan van aanpak «*Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en*» is het aantrekken van gekwalificeerde en ervaren medewerkers uit de corona-organisatie zowel met een medische als zonder medische achtergrond om zo de capaciteit voor infectieziektebestrijding bij GGD'en te vergroten en verbreden. Vanaf 2025 is het kabinet voornemens dit een vervolg te geven door structureel te investeren in de GGD'en zodat zij, in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel, in staat zijn

<sup>68</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

adequaat en snel op de schalen. Voor de onderbouwing van de benodigde structurele investering wordt nog onderzoek uitgevoerd.

*Op de zesde pagina van de brief schrijft de Minister dat hij de Wet publieke gezondheid (Wpg) wil aanpassen zodat het mogelijk wordt om bij uitbraak van een A-ziekte de medische-operationele processen aan te sturen. Op de vijftiende pagina staat dat hij landelijke regie wettelijk gaat borgen. De leden van de CDA-fractie vragen wat het tijdspad hiervan is. Genoemde leden vragen wat nu naar verwachting het tijdspad is met betrekking tot de tweede tranche van de aanpassing van de Wpg.*

De tweede tranche van de aanpassing van de Wpg is op 20 december jl. in consultatie gegaan. Het streven is het wetsvoorstel voor de zomer van 2023 aan uw Kamer aan te bieden.

*Op de zevende pagina van de brief staat dat in HLD eisen staan ten aanzien van de flexibiliteit en opschaalbaarheid van data en gebruikers. De leden van de CDA-fractie vragen welke eisen leveranciers krijgen. Uitwisseling van data kon eerder namelijk soms niet omdat systemen niet gekoppeld konden worden.*

Samen met de publieke partners – in eerste instantie GGD GHOR Nederland, GGD'en en het RIVM – werk ik aan de realisatie van een pandemisch paraat IV-landschap in het IZB-domein. Daartoe zijn inmiddels enkele kaderstellende eisen geformuleerd die de paraatheid van het landschap – denk aan schaalbaarheid, wendbaarheid en robuustheid – borgen. Deze eisen zijn niet vrijblijvend, maar zullen expliciet meegeven worden aan leveranciers wanneer onderdelen van het IV-landschap vernieuwd worden.

*Daarnaast schrijft de Minister op deze pagina dat hij knelpunten heeft verzameld met betrekking tot juridische grondslagen voor de uitwisseling van gegevens. Genoemde leden vragen of secundair gebruik van data hierin is meegenomen.*

Ja. Secundair gebruik van de gegevens die professionals en burgers in het IZB domein registreren in systemen is een van de thema's die meegenomen worden in de juridische analyse. Door daarnaast ook gebruik te maken van passende standaarden over inhoud (wat) en techniek (hoe) ontstaat een stevige basis voor het uitwisselen van data voor secundair gebruik.

*Op de achtste pagina schrijft de Minister dat hij het RIVM gevraagd heeft het netwerk van referentielaboratoria te versterken. Zijn, c.q. worden alle laboratoria verplicht gegevens uit te wisselen en te delen met het RIVM?*

Het RIVM maakt afspraken met de referentielaboratoria en andere laboratoria over welke gegevens met het RIVM gedeeld worden, binnen de regels van de AVG. Alle laboratoria zijn verplicht gegevens over meldingsplichtige ziekten te delen met de GGD, de GGD deelt deze met het RIVM.

*De Minister schrijft over het versterken van het netwerk van laboratoria. Tevens staat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat regionale inrichting van de zorg van belang is, waar diagnostiek een cruciaal onderdeel van is, volgens een recente position paper van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)<sup>69</sup>. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister op de hoogte*

<sup>69</sup> De Federatie Medisch Specialisten, mei 2022, «Diagnostiek: koersbepalend» ([https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-06/position\\_paper\\_diagnostiek.pdf](https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-06/position_paper_diagnostiek.pdf)).

*is van het toetreden van meerdere grote buitenlandse laboratoriumorganisaties op de Nederlandse zorgmarkt in de afgelopen vier, vijf jaar. Zo ja, is de Minister van mening dat dit een goede ontwikkeling is voor een sterk netwerk van laboratoria en tevens past in de lijn van het IZA?*

De invoering van vrije tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek en de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek in 2020 heeft er toe geleid dat ook andere aanbieders tot de markt kunnen toetreden. Nederland kent al vele jaren grote, bovenregionale opererende diagnostische laboratoria, zonder specifieke regionale binding. Ik heb het RIVM gevraagd mij te adviseren over een toekomst bestendig microbiologisch landschap, inclusief opschalingsstructuur. In dat advies zal ook de netwerkfunctie van laboratoria aan de orde komen en de rol die grote laboratoria daarin kunnen spelen.

*De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft recent geconstateerd dat de laboratoriumzorg regionaal plaatsvindt met voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten en verwijzers<sup>70</sup>. Het ACM-rapport beschrijft ook dat de laboratoriumdiagnostiek veelal plaatsvindt in een keten tussen eerste- en tweedelijnszorg, wat naadloos aansluit bij de doelen van het IZA, namelijk regionale samenwerking. Toetreding van grote internationaal opererende laboratoria is al eerder opgetreden in landen als Duitsland en Frankrijk. Dit heeft daar weliswaar geleid tot lagere kosten per verrichting (door schaalvergroting), maar de totale kosten van in-vitro-diagnostica per hoofd van de bevolking zijn in deze landen hoger dan in Nederland<sup>71</sup>. Deelt de Minister de zorg van de leden van de CDA-fractie dat als dit in Nederland ook gebeurt, dit een ontwikkeling zou kunnen zijn waarmee de regionale samenhang in de infectieziektezorgketen verbroken wordt en daarmee een gevaar voor pandemische paraatheid vormt?*

Zoals al aangegeven kent Nederland al vele jaren grote, bovenregionale opererende diagnostische laboratoria. Deze sluiten tot nu toe aan in de zorgketen.

In het kader van pandemische paraatheid, versterkt het ministerie infectieziektezorgstructuren<sup>72</sup>. Daarbij kijken we ook naar de paraatheid van het diagnostisch microbiologische laboratoria in Nederland, inclusief de opschalingsstructuur voor de diagnostiek. We zullen alle onderdelen in de keten bezien op noodzakelijke versterkingen. Ik heb aan het RIVM gevraagd om nog dit jaar een advies te geven over wat er nodig is voor een toekomstbestendige microbiologische diagnostiek.

*Deelt de Minister de mening van deze leden dat het toetreden van grote buitenlandse laboratoria met winstoogmerk een bedreiging vormt voor zowel de regionale organisatie als de financiële doelen binnen het Nederlandse zorgsysteem zoals opgesteld in het IZA?*

Zoals aangegeven versterkt het ministerie infectieziektezorgstructuren in het kader van pandemische paraatheid<sup>73</sup>. Daarbij betrekken we ook eventueel de inzet van buitenlandse laboratoria. Het toetreden van grote buitenlandse laboratoria hoeft op zichzelf geen bedreiging te vormen voor de regionale organisatie en de financiële doelen. Ten tijde van de COVID-19 uitbraak is gebleken dat zij een heel nuttige bijdrage hebben

<sup>70</sup> De Autoriteit Consument & Markt, 8 juli 2022, «Marktverkenning medische diagnostiek» ([www.acm.nl/system/files/documents/onderzoeksrapport-medische-diagnostiek.pdf](http://www.acm.nl/system/files/documents/onderzoeksrapport-medische-diagnostiek.pdf)).

<sup>71</sup> Nederlandse vereniging voor medische microbiologie, 1 juni 2021, «De functionele inrichting van het medisch microbiologisch laboratoriumlandschap» ([http://www.nvmm.nl/media/4261/2021\\_nvmm-functionele-inrichting-van-het-mml-landschap-2.pdf](http://www.nvmm.nl/media/4261/2021_nvmm-functionele-inrichting-van-het-mml-landschap-2.pdf)).

<sup>72</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1836

<sup>73</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1836

kunnen leveren aan het diagnostische landschap. We zullen alle onderdelen in de keten onder de loep nemen.

*Hoe denkt de Minister te voorkomen dat Nederland in een onwenselijke situatie terechtkomt met een afhankelijkheid van grote diagnostische leveranciers, veelal in buitenlandse handen? Is deze afhankelijkheid van buitenlandse eigenaren van laboratoria een gevaar voor pandemische paraatheid, zoals men heeft gezien bij de voorziening van onder andere geneesmiddelen en mondkapjes? Is de Minister bereid in kaart te brengen welke risico's hiervan voor Nederland aanwezig zijn?*

Het RIVM inventariseert op dit moment de inrichting van de microbiologische diagnostiek voor de publieke gezondheid in Nederland. Hierbij wordt gekeken naar het huidige stelsel en eventuele risico's. Daarbij zal ook een analyse gemaakt worden van het huidige laboratorium landschap, indien er risico's zijn op de door u genoemde afhankelijkheid zal dat zichtbaar worden. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een duurzame inrichting van de microbiologische diagnostiek voor de publieke gezondheid in Nederland en ook voor toekomstige pandemische paraatheid.

Microbiologische diagnostiek dient in eerste instantie de individuele patiënt maar de data die hieruit voortkomen zijn vaak ook bruikbaar en nodig voor de bevordering en bescherming van de publieke gezondheid: Het RIVM heeft als taak om landelijke surveillance van infectieziekten uit te voeren mede in het kader van pandemische paraatheid. Daarnaast wordt er ook gekeken naar de paraatheid van het microbiologisch diagnostische laboratoria, inclusief de opschalingsstructuur voor de diagnostiek. We zullen hierbij alle onderdelen in de keten bezien op risico's en noodzakelijke versterkingen.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister erop toe gaat zien dat de regionale samenwerking van goed georganiseerde zorgketens met een verbindende rol voor het medisch microbiologisch laboratorium (MML) en de arts-microbioloog (AM) in beeld blijft bij internationaal opererende commerciële diagnostische laboratoria en dat de hoge kwaliteit van de infectieziektEZorg, zowel voor de individuele patiënt als publieke gezondheidszorg (zoals pandemische paraatheid) behouden blijft. Is de Minister van plan deze ontwikkelingen te bespreken met de betrokken medische professionals om hier een proactieve zienswijze op te formuleren om te voorkomen dat achteraf kostbare hersteloperaties nodig zijn?*

Het RIVM inventariseert op dit moment, samen met de betrokken medisch professionals, de inrichting van de microbiologische diagnostiek voor de publieke gezondheid in Nederland. Regionale samenwerking van zorgketens met een rol voor het medisch microbiologisch laboratorium (MML) en de arts-microbioloog (AM) komt hierbij aan de orde. Ook wordt ook gekeken naar het huidige stelsel en eventuele herijking. Met het uiteindelijke doel om te komen tot een duurzame inrichting van de microbiologische diagnostiek voor de actuele publieke gezondheid in Nederland en ook voor toekomstige pandemische paraatheid. Ik wacht het advies graag af.

*Op de dertiende pagina van de brief staat de opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) zes maanden duurt. Van artsen hebben de leden van de CDA-fractie begrepen dat bijvoorbeeld een verpleegkundige anesthesie vrij snel ingewerkt kan worden als IC-verpleegkundige en dat dat geen maanden hoeft te duren, maar eerder dat weken voldoende zijn. Worden vrijstellingen gegeven afhankelijk van de achtergrond van een zorgmedewerker?*

De opleiding BAZ duurt ongeveer zes maanden en is afhankelijk van de competenties waarover een student beschikt bij aanvang van de opleiding. Vrijstellingen voor (onderdelen van) de opleiding zijn in overleg met de zorginstelling mogelijk bij soortgelijke eerder gevolgde opleidingen die met goed gevolg doorlopen zijn. Voor professionals met een basis in de acute zorg volstaat dus een beperkt inwerktraject. De BAZ-leerroute is vooral bedoeld voor verpleegkundigen die nog geen/weinig achtergrond hebben in de acute zorg. Een verpleegkundige met een anesthesie-diploma hoeft geen BAZ-opleiding te doorlopen om snel ingezet te kunnen worden op de IC bij opschaling in het kader van pandemische paraatheid.

*De Minister schrijft op deze zelfde pagina van de brief dat het doel voor de NZR van 5.000 medewerkers nog niet gehaald is. Genoemde leden vragen welke acties worden ondernomen om dit doel in afzienbare tijd wel te halen.*

EZS heeft zowel vorig jaar als dit jaar (onder meer) een landelijke campagne gevoerd voor de werving van nieuwe reservisten en het vergroten van de naamsbekendheid van de NZR. Daarnaast verricht zij andere wervingsactiviteiten zoals het coördineren van opleidingen en trainingen van zorgreservisten, het creëren van een online-community voor reservisten en het organiseren van de landelijke reservistendag. Verder werkt EZS constant aan het verbeteren van administratieve processen, zodat aanmelding, koppeling en inzet van zorgreservisten zo soepel mogelijk verloopt. De inspanningen om meer reservisten te werven worden onverminderd voortgezet, maar het opbouwen van een solide, professioneel en bekwaam reservistenbestand vergt tijd, zeker omdat buiten crisistijd de animo om bij te springen minder groot is. In het AEF-rapport «De Nationale Zorgreserve, werven, binden, boeien en behouden» (hierna: «rapport wbbb»,) wordt dan ook aangegeven dat het realiseren van een zorgreserve van 5.000 reservisten haalbaar is, maar geen eenvoudige opgave zal zijn.

*Zij vragen wat de huidige infrastructuur van het Rode Kruis is en wat de uitdagingen zijn.*

Het Ministerie van VWS beziet momenteel of, en zo ja op welke wijze, activiteiten van het Nederlandse Rode Kruis onderdeel kunnen uitmaken van de hulpstructuren in de zorg en ondersteuning bij crises. Hierbij wordt ook nauwgezet gekeken naar de activiteiten van het Nederlandse Rode Kruis op een bredere aansluiting met betrekking tot (pandemische) paraatheid.

*Op de zestiende pagina van de brief schrijft de Minister over regionale en landelijke zorgcoördinatie dat inzicht zoveel mogelijk beschikbaar is op grond van een landelijk systeem. Genoemde leden vragen waarom dit «zoveel mogelijk» beschikbaar komt, en waarom niet altijd. Waarom alleen bij crisis en niet altijd?*

Ik streef ernaar dat inzicht in capaciteit van zorg beschikbaar komt op grond van één landelijk systeem. Ik kan op dit moment echter niet garanderen dat het mogelijk is dat alle capaciteitsinformatie van alle zorgaanbieders via het huidige landelijke systeem, het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ), beschikbaar kan komen. Ik vind wel dat noodzakelijke capaciteitsinformatie altijd beschikbaar moet zijn. Er moet immers altijd data zijn op basis waarvan beleid kan worden gemaakt ter voorkoming van een crisis of om in een crisis de toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk te borgen. Ik zie hoe de noodzakelijke functies van

inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding kunnen worden geborgd, zo nodig in wetgeving.

*Deelt de Minister de mening dat voor veel zorg alleen landelijke informatie toereikend is (zie daarvoor bijvoorbeeld recente schriftelijke Kamervragen over verloskunde<sup>74</sup>)?*

Capaciteitsinformatie is in eerste instantie van belang om in de regio afspraken te maken over de beschikbaarheid van acute zorg en om in de regio zo nodig bij crisis patiënten te spreiden. Daarnaast kan het door grote druk in een hele regio (of meerdere regio's) voorkomen dat patiënten tussen regio's moeten worden verplaatst. Dit kan voor vele vormen van zorg gelden. In dat geval moet de informatie voor deze vormen van zorg landelijk beschikbaar zijn.

*De Minister geeft aan dat hij landelijk dekkende zorgcoördinatie beoogt vanaf 2025. Is de Minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat data-uitwisseling en inzicht eigenlijk beschikbaar moet zijn vanaf 2023? Is de Minister bereid om dit te regelen? Zo nee, waarom moet dit nog zo lang duren? Deelt de Minister de mening dat nationale monitoring en regie er altijd moet zijn, ook als er geen crisis is?*

Gelukkig is er op dit moment al veel capaciteitsinformatie beschikbaar. Hoe meer, hoe beter en hoe sneller, hoe beter. Vanaf 1 juli 2023 is ook bekostiging beschikbaar voor RCPS-en en LCPS voor een breder inzicht dan alleen inzicht in ziekenhuiscapaciteit. Ik zie of een wettelijke verplichting om informatie aan te leveren nodig en wenselijk is en wat de gevolgen zijn van zo'n wettelijke plicht. Daarnaast deel ik de mening dat monitoring zodanig moet zijn dat er altijd een landelijk beeld kan worden gemaakt. Regie is nodig als zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ondanks samenwerking, de acute zorg regionaal niet voldoende kunnen waarborgen of sprake is van landelijke knelpunten zoals ten tijde van een pandemie.

*Wanneer is de structuur met betrekking tot de persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar? Waarom is er geen gebruikgemaakt van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)?*

Ik heb het Zorginkoop Netwerk Nederland (ZINN) gesubsidieerd om voor medische hulpmiddelen (waaronder PBM) een meldpunt hulpmiddelen tekorten, een alternatievendatabase en coördinatie bij tekorten in te richten. Hierover informeer ik u verder in de reeds toegezegde brief over beschikbaarheid van medische hulpmiddelen begin 2023.

Ten aanzien van de vraag betreffende het LPZ wil ik toelichten dat het LPZ capaciteitsgegevens van ziekenhuizen verzamelt zodat patiënten beter gespreid worden tussen de ziekenhuizen in tijden van crisis. Informatie over hulpmiddelen wordt niet verzameld in LPZ. Bovendien is LPZ uitsluitend toegankelijk voor specifieke zorgorganisaties, terwijl het wenselijk is de informatie over de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen en mogelijke alternatieven breder te delen. Voor bijvoorbeeld leveranciers is deze informatie waardevol zodat zij zich hiermee kunnen voorbereiden op een eventuele grotere vraag. Ook voor patiënten is de informatie nuttig, onder andere als zij zelf medische hulpmiddelen aanschaffen.

---

<sup>74</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1152

In het samenwerkingsverband ZINN zijn zorginkooporganisaties goed vertegenwoordigd. Kennis en ervaring met inkoop van medische hulpmiddelen zijn essentieel voor het ontwikkelen en beheren van een meldpunt hulpmiddelen tekorten en een alternatievendatabase. Daarom ben ik blij dat ZINN subsidie heeft aangevraagd om deze activiteiten te verrichten.

*Op pagina 21 van de brief schrijft de Minister dat de sector medische producten produceert, niet de overheid. Maar dat staat toch los van eigenaarschap? Als voorbeeld verwijzen deze leden naar de NS, die railvervoer verzorgt, terwijl de overheid eigenaar is. De Minister wil toch ook aandeelhouder worden bij Pallas? Op de tweede pagina van de brief schrijft de Minister dat de overheid meer eigenaarschap gaat nemen. Graag ontvangen genoemde leden een reactie van de Minister.*

De overheid zorgt voor de juiste condities voor onderzoek en een goed vestigingsklimaat voor de ontwikkeling en productie van medische producten door marktpartijen, onder meer door onderzoeksgelden, subsidies en fiscale regelingen. Om het publieke belang van de beschikbaarheid van medische producten te borgen is zeggenschap middels eigenaarschap van producenten niet nodig.

In het specifieke geval van PALLAS geldt dat de insteek van de vorige kabinetten altijd is geweest om PALLAS een privaat initiatief te laten zijn. Helaas is gebleken dat de markt de risico's die gepaard gaan met een investering in een dergelijk omvangrijk project niet wil dragen. In gesprekken met potentiële private investeerders bleek dit alleen mogelijk te zijn indien de risico's geheel of grotendeels zouden worden afgedekt door de Staat, terwijl de opbrengsten primair ten goede zouden komen aan private investeerders. Dit beeld is ook bevestigd in recente Europese studies en ook in andere landen zijn er geen voorbeelden van volledig privaat gefinancierde reactoren. Hierdoor is een publieke investering, in de vorm van een voorgenomen beleidsdeelneming, de enige mogelijkheid om de PALLAS-reactor te realiseren en om zo de voorzieningszekerheid van medische isotopen voor patiënten te kunnen borgen.

Met de passage dat de overheid meer eigenaarschap gaat nemen bedoel ik dat de overheid zijn verantwoordelijkheid neemt om Nederland pandemisch paraat te maken en daarvoor de benodigde initiatieven neemt. Deels door investeringen en versterkingen van de infrastructuur, maar bijvoorbeeld ook door een betere wettelijke basis te maken voor de pandemiebestrijding, zodat er adequaat kan worden gehandeld.

*De Minister schrijft op deze pagina tevens dat hij in nationaal en in EU-verband investeert in het stimuleren van productie dichtbij huis (EU en Nederland). Op pagina 22 staat dat de Minister wil investeren in het beschikbaar houden van essentiële productiecapaciteit in de EU voor kritisch medische producten. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister zorgverzekeraars dan niet verplicht tot bepaalde inkoop binnen de EU of Nederland, waar dat kan.*

Ik vind dat partijen zoals zorgverzekeraars, maar ook groothandels, ziekenhuizen en apotheken een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben richting de patiënt en de burger, ook als het gaat om de leveringszekerheid van medische producten. Ik wil daarom nationaal met relevante partijen, waaronder de zorgverzekeraars, verder in gesprek gaan. Dit om te bekijken hoe inkoop het beste kan bijdragen aan de versterking van de leveringszekerheid voor Nederland en Europa, binnen de complexe mondiale markt waarbinnen partijen opereren. Daarnaast zal ik Europees de rol van inkoop meenemen in de gesprekken die ik ga hebben met andere EU lidstaten over beleidsinstrumenten om de productie in de EU te

versterken<sup>75</sup>. Ik kijk aanvullend met belangstelling uit naar het door de Europese Commissie aangekondigde rapport over de manieren waarop *public procurement* een rol kan spelen in het vergroten van leveringszekerheid.<sup>76</sup>

*Daarnaast noemt de Minister op deze pagina het belang om meer kennis te hebben over onder andere gedrag. De leden van de CDA-fractie vragen of nader kan worden toegelicht welke specifieke acties er op dit gebied zijn, want de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM heeft op verzoek van genoemde leden in maart en november 2021 laten zien dat gedrag zeer grote impact heeft op effectiviteit van maatregelen.*

Ten aanzien van de vraag over acties betreffende kennis over gedrag wil ik aangeven dat de Gedragsunit van het RIVM op mijn verzoek nationale en internationale lessen in kaart brengt. Het gaat daarbij om inhoudelijke lessen op basis van eigen onderzoek van de Gedragsunit en wetenschappelijke publicaties over de effectiviteit van gedragsinterventies. In dit kader heeft de Gedragsunit eind vorig jaar ook een symposium georganiseerd voor GGD'en en gemeenten en brengt zij lessen in kaart over de organisatie van de sociale en gedragswetenschappen in het kader van de bestrijding van de COVID-19-pandemie, zowel nationaal als internationaal. Deze opdracht aan het RIVM wordt de komende jaren voortgezet en uitgebouwd met als doel dat de Gedragsunit de kennis actueel en op orde houdt en de wetenschappelijke kennis en inzichten verzamelt en vertaalt naar adviezen voor beleid en de praktijk. Daarnaast wordt door ZonMw binnen het programma pandemische paraatheid dat ik daar belegd heb, onderzoek over het thema gedrag en maatschappij uitgezet, onder andere op het gebied van therapietrouw en het stimuleren van compliant gedrag. Op deze manier wordt inzicht verkregen in wat er in de voorbereidende fase van een pandemie nodig is en welke rol gedrag hierin speelt. Maar ook tijdens een pandemie helpen deze inzichten ons om effectiever te werk te gaan en de impact van een pandemie op de bevolking te beperken.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie**

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de Kamerbrief over de beleidsagenda pandemische paraatheid. Waar deze leden kritisch waren over het lerend vermogen van de overheid tijdens de pandemie, steunen ze het doel van deze brief om voor de toekomst de juiste lessen te trekken. Zij hebben enkele vragen over de invulling van deze exercitie.*

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie herkennen de behoefte voor meer leiding vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij medisch-operationele processen, maar zijn benieuwd naar de invulling hiervan. Deze leden vinden het belangrijk dat er een duidelijke taakverdeling is, ook omdat rolvermenging tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Outbreak Management Team (OMT) eerder in de COVID-19-pandemie tot een onwenselijke situatie heeft geleid. De LFI wordt ondergebracht bij het RIVM. Is het RIVM voldoende toegerust om deze nieuwe taak uit te voeren? Welke rol heeft de directeur van het Centrum Infectiebestrijding van het RIVM in die aansturing? Hoe past dat bij de rol die de directeur heeft binnen het OMT? Hoe verhoudt*

<sup>75</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

<sup>76</sup> mp\_vulnerabilities\_global-supply\_swd\_en.pdf (europa.eu)

*het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich tot het RIVM in de leiding over medisch-operationele processen?*

Het RIVM is onderdeel van het Ministerie van VWS en voert al wettelijke taken uit in het kader van de reguliere infectieziektebestrijding. Met deze wettelijke grondslag vormt het RIVM een solide basis voor de LFI. Daarnaast beschikt het RIVM over een eigen inkoopfunctie met voor het LFI relevante expertise, zoals ten aanzien van inkoop van vaccins en medische hulpmiddelen. Tot slot vervult het RIVM ook crïstaken op bijvoorbeeld het gebied van milieu en heeft het personeel met competenties op dit vlak. Met de keuze om de LFI onder te brengen bij het RIVM volgt de Minister van VWS het LFI advies dat op 3 juni 2022 aan u werd aangeboden met de brief over onder meer de instelling van de LFI<sup>77</sup>. De directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding heeft geen rol in de operationele aansturing van de uitvoering. De operationele taken van het RIVM, zoals de medische operationele rol van de LFI ten tijde van een pandemie, worden gescheiden georganiseerd van de onafhankelijke wetenschappelijke adviestaken, zoals de adviserende rol van het OMT. De directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding is de voorzitter van het OMT, dat adviseert over de epidemiologische situatie en de mogelijk te nemen maatregelen. Dit staat los van de operationele aansturing van de uitvoering van maatregelen.

Zoals benoemd in de Kamerbrief Beleidsprogramma pandemische paraatheid van 4 november jl.<sup>78</sup>, zal de LFI, namens de Minister van VWS, bij een pandemie zorgen voor snelle opschaling en aansturing van de medisch-operationele processen bij de GGD'en (via de directeuren Publieke Gezondheid). De Minister van VWS zal opdracht verlenen aan de LFI ten behoeve van (de voorbereiding op) de medische operationele taken tijdens een pandemie. Met een tweede tranche wijziging van de Wet publieke gezondheid wordt een directe sturingsbevoegdheid van de Minister, via de LFI, op de directeur publieke gezondheid (dPG) van de GGD-en voor de medisch operationele processen tijdens een pandemie wettelijk geborgd. De consultatieprocedure van het wetsvoorstel tweede tranche wijziging Wpg die eind december 2022 startte, zal op 3 februari 2023 worden afgesloten. Het wetsvoorstel zal naar verwachting voor de zomer worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

*Wat is de zienswijze van de Minister op het omvormen van het RIVM tot een zelfstandig bestuursorgaan, waar eerder een hoogleraar bestuurskunde en de voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving voor hebben gepleit?*

Mijn standpunt is dat RIVM voldoende onafhankelijk opereert van het ministerie en goed functioneert als zelfstandig onderdeel (agentschap) van VWS. Ik kan me dan ook niet vinden in de suggestie om het RIVM om te vormen tot een zelfstandig bestuursorgaan (zbo). De onafhankelijkheid van het RIVM is binnen het huidige agentschapsmodel wettelijk verankerd in de Wet op het RIVM<sup>79</sup>. Hierin is opgenomen dat het RIVM (wetenschappelijk) onafhankelijk publiceert en dat het Ministerie van VWS géén aanwijzingen geeft met betrekking tot onderzoeksmethoden en rapportage over de resultaten. Controle op de kwaliteit van onderzoek en onafhankelijkheid van het RIVM geschiedt via een Commissie van Toezicht, welke hierover adviseert en jaarlijks rapporteert. De agentschapsdoorlichting van het RIVM is onlangs afgerond, het rapport zal in het eerste kwartaal van 2023 worden gepubliceerd. Uit de voorlopige

<sup>77</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

<sup>78</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1964

<sup>79</sup> wetten.nl – Regeling – Wet op het RIVM – BWBR0008289 (overheid.nl)

resultaten kan worden geconcludeerd dat het RIVM als agentschap functioneert en voldoet aan de instellingsvoorwaarden voor een agentschap (als vastgelegd in de Regeling agentschappen<sup>80</sup>).

Het primaire verschil tussen agentschap en zbo is (de mate van) ministeriële verantwoordelijkheid. Bij een agentschap is de Minister verantwoordelijk (en aanspreekbaar voor en door het parlement) voor de uitvoering van onderzoek door het RIVM. Bij een zelfstandig bestuursorgaan (zbo) is de ministeriële verantwoordelijkheid ingeperkt, waardoor het zbo zelf aansprakelijk is (door middel van eigen rechtspersoonlijkheid). Uitvoering van publieke taken onder volledige ministeriële verantwoordelijkheid is echter de norm volgens kabinetsbeleid.<sup>81</sup> Dit om de democratische controle door het parlement op de regering (waar de Minister van VWS deel van uitmaakt) in stand te houden.

*Genoemde leden hechten erg aan bescherming van persoonsgegevens. Tijdens de COVID-19-pandemie is dit voor de GGD uitdagend gebleken. Welke extra stappen worden gezet om bescherming van persoonsgegevens beter te borgen?*

Centraal in het realiseren van een pandemisch paraat informatielandschap staat dat privacy en cyberveiligheid van gegevens geborgd moeten zijn. Alle onderdelen van het pandemisch parate IV-landschap zullen aantoonbaar voldoen aan de vigerende eisen – nationaal en Europees – ten aanzien van privacy en informatiebeveiliging.

*Deze leden steunen de inspanning om het informatielandschap op orde te krijgen. Kan de Minister toelichten welke vraagstukken er voorliggen over aanvullende middelen in de aanstaande voorjaarsbesluitvorming?*

In de aanstaande voorjaarsbesluitvorming claimt VWS incidentele middelen voor het meerjarig realiseren van de opgave bij GGD GHOR Nederland, GGD'en en het RIVM. Dat heeft deels betrekking op middelen voor de inrichting van een passende (tijdelijke) programma organisatie bij de genoemde partijen, en deels betrekking op het voorbereiden, (laten) realiseren en vervolgens implementeren van de verschillende onderdelen in het IV-landschap. Hierbij moet ondermeer gedacht worden aan systemen die de primaire IZB-processen – zoals testen en bron- en contactonderzoek – ondersteunen. De incidentele middelen hebben betrekking op de tijdsperiode tot en met 2026. De ingezette realisatie zal dan naar verwachting nog niet klaar zijn. Ook zijn de kosten deels structureel. Vandaar dat ook ingezet wordt op het structureel borgen van additionele middelen zodat de publieke partijen de ingezette beweging duurzaam kunnen doorzetten.

*Is de Minister het met deze leden eens dat geld nooit doorslaggevend mag zijn als het gaat om bescherming van medische persoonsgegevens?*

Het optimaal beveiligen van de (medische) gegevens van burgers staat voorop in een pandemisch paraat IV-landschap voor IZB. Daarover zijn ook kaderstellende eisen opgenomen, die niet vrijblijvend maar dwingend zijn bij de realisatie van onderdelen van het beoogde IV-landschap. Alle onderdelen van het pandemisch parate IV-landschap zullen aantoonbaar voldoen aan de vigerende eisen – nationaal en Europees – ten aanzien van informatiebeveiliging. De benodigde investeringen zullen worden afgestemd op wat nodig is om aan deze eisen te voldoen.

<sup>80</sup> wetten.nl – Regeling – Regeling agentschappen – BWBR0040286 (overheid.nl)

<sup>81</sup> Kamerstuk 25 268, nr. 83

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie merken op dat de Minister stelt dat er al verschillende acties lopen ten aanzien van het versterken van het zoönosenbeleid. Zij maken zich echter ernstig zorgen over het pandemisch potentieel van huidige zoönosen in omloop. Zo is het een gegeven dat het vogelgriepvirus slechts vijf mutaties weg is tot een infectieziekte die ook overdraagbaar is van mens op mens. Nu al zijn wereldwijd circa 450 mensen overleden aan de gevolgen van de vogelgriep. Hoe apprecieert de Minister de acute dreiging van nieuwe zoönosen als de vogelgriep?*

De infecties waar u naar verwijst werden hoofdzakelijk tot 2015 gerapporteerd, voor het overgrote deel in Azië, en behoorden tot een andere subclade (H5 afstammingslijn) dan die nu in Europa circuleert. Er zijn enkele gevallen bekend waarbij het huidige type vogelgriepvirus, H5N1, werden overgedragen van besmette vogels op mensen, zoals in 2021 in het Verenigd Koninkrijk, en recent bij een meisje in Ecuador. Hierbij was steeds sprake van direct en/of intensief, contact met zieke of dode dieren.

Het risico voor de mens verschilt tussen de types vogelgriepvirussen. Over het algemeen verlopen infecties met H5N1 mild en is het risico voor de algemene bevolking als laag beoordeeld. Dat neemt niet weg dat ik, met de Minister van LNV, de mogelijke dreiging serieus neem. Om die reden heeft de Minister van LNV u in de brief van 11 oktober 2022 (Kamerstuk 28 807, nr. 269), mede namens mij, een intensiveringsplan preventie van vogelgriep toegezegd. Deze ontvangt u op hoofdlijnen in het eerste kwartaal van 2023. We monitoren nauwgezet welke virussen in Nederland voorkomen en of er een ander type virus voorkomt dat eventueel meer gevaar voor de volksgezondheid zou kunnen opleveren.

*Hoe reëel acht de Minister dit als dreiging voor de volksgezondheid?*

Besmetting van mensen met de nu voorkomende vogelgriepvirussen gebeurt op dit moment alleen door direct en intensief contact met besmette dieren. In Europa vond in 2021 het Verenigd Koninkrijk één geval van besmetting met H5N1 plaats bij een persoon die gedurende een langere periode zeer nauw contact had met besmette vogels die hij in en rond zijn huis hield. Deze persoon is meteen geïsoleerd en behandeld. In Rusland werden enkele gevallen bij medewerkers van een pluimveebedrijf gevonden, maar dit was een ander virustype. In 2022 zijn in Spanje bij ruimers van een met H5N1 besmette locatie virusdeeltjes in de neus aangetroffen maar een eventuele besmetting kon niet via serologie worden bevestigd. Recent heeft zich het eerste gemelde geval van menselijke infectie veroorzaakt door het aviaire influenza A(H5)-virus in Latijns-Amerika (Ecuador) voorgedaan. Het Ecuadoraanse Ministerie van Volksgezondheid en de WHO nemen aan dat besmetting heeft plaatsgevonden na direct contact met besmette vogels.

Het risico voor mensen die beroepsmatig in contact komen met pluimvee is laag tot gemiddeld volgens de risicobeoordeling van de Europese veterinaire en humane instituten EFSA/ECDC; voor het algemeen publiek is het risico laag.

Het virus is vooralsnog niet van mens op mens overdraagbaar. De dreiging bestaat eruit dat er bij besmetting van vogels en andere diersoorten mutaties kunnen optreden waardoor het virus zich aanpast aan (transmissie onder) zoogdieren. In Nederland zijn virussen met 1 of 2 mutaties gevonden, voor aanpassingen bij zoogdieren zijn er minimaal 5 nodig is gebleken uit onderzoek van het Erasmus MC. Vogelgriepinfecties zijn het afgelopen jaar bij een aantal zoogdieren gevonden in Nederland, overgedragen door nauw contact met zieke vogels of kadavers (bij soorten zoals vos, otter, zeehond en bunzing). In oktober 2022 heeft in een nertsenhoudery in Spanje transmissie van H5N1 tussen nertsen. Dit

verandert de risico-inschatting van het ECDC en de WHO op dit moment niet. Ook is het mogelijk dat een meer zoönotische variant met trekvogels ons land bereikt. Ik vind de dreiging dusdanig reëel dat de voorbereiding daarop onder het intensiveringsplan preventie vogelgriep wordt uitgewerkt, dat uw Kamer op hoofdlijnen dit kwartaal ontvangt.

*Welke acties worden concreet ondernomen om nieuwe zoönosen tegen te gaan?*

In het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid zijn 54 acties (met subacties) opgenomen.<sup>82</sup> Het zwaartepunt van het actieplan ligt op preventie. Voorkomen is immers beter dan genezen. Op alle One Health terreinen wordt ingezet op een verbeterde preventie, bijvoorbeeld in het kader van (internationale) natuurbescherming, bioveiligheid op veehouderijen, het meewegen van zoönosenrisico's in het Nationaal Programma Landelijk Gebied, inzet op vaccinatie tegen vogelgriep, intensivering van toezicht op dierenbeurzen, internationale inzet op wet markets, en kennis en bewustzijn verhogen door in te zetten op een verbeterde zoönosegeletterdheid bij zowel burgers als professionals.

*Indien er aanleiding is tot meer doen dan alleen onderzoek wat zijn dan mogelijk te nemen maatregelen, zijn daar al opvattingen en voorbereidingen voor getroffen?*

Het actieplan beschrijft voor sommige thema's via welke tussenstappen we uiteindelijk komen tot het nemen van maatregelen, bijvoorbeeld door het doen van onderzoek. Maar op de meeste onderwerpen wordt direct overgegaan tot het ondernemen van actie, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van bioveiligheidsplannen voor veehouderijsectoren, het updaten van de EmZoo-lijst, intensiveren van de monitoring van vectoren, updaten van draaiboeken en het opstellen van een Landelijk crisisplan infectieziektebestrijding. Dit komt bovenop de maatregelen die al gelden ten aanzien van preventie, detectie en respons.

*Waarom loopt het actieplan af in 2026?*

Het actieplan behelst een traject om het zoönosenbeleid de komende jaren te versterken, in de volle breedte van One Health. Nederland heeft een stevige basis voor het zoönosenbeleid. In de jaren 2022–2026 wordt dit beleid geïntensiveerd, en dit beleid wordt daarna gecontinueerd. Hier zijn structurele middelen voor beschikbaar. Zo wordt bijvoorbeeld in de komende jaren een platform ontwikkeld voor de gegevensuitwisseling van veterinaire en humane data. Dit One Health platform blijft uiteraard ook na afloop van het actieplan functioneel.

*Deelt de Minister de opvatting dat het voorkomen van zoönosen beter is dan genezen? Zoja, welke maatregelen worden kabinetsbreed genomen om zoönosen daadwerkelijk te voorkomen?*

Die opvatting deel ik. Het doel van het actieplan is om risico's op het ontstaan en de verspreiding van zoönosen in de toekomst verder te verkleinen en voorbereid te zijn op een eventuele uitbraak. In het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid zijn hiervoor 54 acties (met subacties) opgenomen. Niet voor niets ligt het zwaartepunt van het actieplan op preventieve maatregelen. Voorkomen is immers beter dan genezen. Op alle One Health terreinen wordt ingezet op een verbeterde preventie, bijvoorbeeld in het kader van (internationale) natuurbescherming, bioveiligheid op veehouderijen, het meewegen van zoönosen-

<sup>82</sup> Kamerstukken 25 295 en 28 807, nr. 1935

risico's in het Nationaal Programma Landelijk Gebied, inzet op vaccinatie tegen vogelgriep, intensivering van toezicht op dierenbeurzen, internationale inzet op wet markets, en kennis en bewustzijn verhogen door in te zetten op een verbeterde zoönosegeletterdheid bij zowel burgers als professionals.

*Genoemde leden hebben vragen over het wetstraject rondom de Wpg (Pandemiewet). Acht de Minister het voorstelbaar dat de uitkomsten van het programma pandemische paraatheid leidt tot een gehele herziening van de Wpg – dus veel verstrekkender dan de eerste tranche?*

De Wpg is een wet die bredere doeleinden dient dan pandemiebestrijding en infectieziektebestrijding alleen. Een volledige herziening ligt dan ook niet voor de hand. Wel verwacht ik substantiële aanvullende wijzigingen naast de wijzigingen die uw Kamer in de eerste tranche zag op het terrein van de collectieve maatregelen. De volgende tranche zal gaan over de benodigde verankering van de sturingsmogelijkheden van de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) en kaderstelling aan GGD'en in de koude fase. Daarnaast voorzie ik ook een tranche ter versterking en verduidelijking van grondslagen voor gegevensuitwisseling uiteraard binnen de kaders van de Avg. Ook op andere onderwerpen zullen mogelijk wijzigingen volgen, vanuit evaluaties, actualisaties of internationale kaderstelling. Ik zal in mijn planningsbrief begin 2023 duiden welke thema's onderwerp van verkenning zijn voor aanvullende tranches.

*Wanneer denkt de Minister dat het traject van de herziening van het (nood)staatsrecht- en crisisrecht is afgerond?*

Op 6 december jl. (Kamerstukken 29 668 en 26 956, nr. 69) is door de Minister van Justitie en Veiligheid het kader met algemene uitgangspunten voor de inrichting van het (staats)nood- en crisisrecht naar uw Kamer gestuurd. Zoals hierin aangegeven zal het kabinet werken aan een interdepartementale routekaart voor de modernisering van het staatsnoodrecht. De routekaart zal in het tweede kwartaal van 2023 worden opgeleverd.

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben groot respect voor de gigantische inspanning die zorgverleners de afgelopen jaren hebben geleverd om de zorg draaiende te houden tijdens de coronacrisis. Zij zien ook dat deze inspanning zijn weerslag heeft gehad, gezien de hoge verzuimcijfers in de zorg. Deze leden benadrukken het belang van een duurzaam arbeidsbeleid in de zorg. Zij geloven dat zzp'ers zoveel mogelijk naar een vast contract moeten gaan en verwachten dat werkgevers meewerken als zorgverleners ondanks de hoge werkdruk extra uren willen gaan werken. Dat gezegd hebbende, begrijpen deze leden dat bij een crisis flexibele opschaalbaarheid noodzakelijk is. Zij steunen het idee achter de modulaire opleiding BAZ en zijn benieuwd of na afronding van deze opleiding ook bijscholing wordt georganiseerd zodat de vaardigheden van de studenten behouden blijven.*

Verpleegkundigen die een BAZ-leerroute hebben gevolgd behouden hun kennis en vaardigheden door het werk in de dagelijkse praktijk op acute zorgafdelingen. Daarnaast organiseren ziekenhuizen en umc's bij- en nascholingstrajecten.

*Ook zijn deze leden benieuwd hoeveel fte aan opschaling (in geval van nood) de Minister hoopt te bereiken met de NZR en hoe snel opschaling met een dergelijke reserve plaats zou kunnen vinden.*

Los van het uiteindelijke streven om in de toekomst te komen tot 5000 zorgreservisten, is het niet bekend hoeveel fte hiermee gerealiseerd kan worden. Het aantal te realiseren fte is namelijk mede afhankelijk van de mate waarin reservisten kunnen worden gematcht aan de zorgvraag van de zorgaanbieders die een aanvraag indienen bij de NZR. Verder wordt eraan gewerkt de administratie van de NZR en inlenende zorgaanbieders zo efficiënt mogelijk in te richten om snelle koppeling en inzet van de reservist te waarborgen.

*Genoemde leden lezen dat er tijdens de crisis een grote meerwaarde was in regionale en landelijke zorgcoördinatie. Zij moedigen het verbreden van de landelijke functie rond spreiding van patiënten aan. Deze leden lezen dat het netwerk uiterlijk in 2025 uitgerold zal zijn. Maar de zorg loopt nu al aan alle kanten over en zorgverleners hebben vaak grote moeite om een plek te vinden voor hun patiënten. Wat doet de Minister om zorgverleners ook nu te helpen en het huidige zorginfarct te bestrijden?*

Ook nu al worden zorgverleners geholpen een plek te vinden voor een patiënt. Door middel van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) bestaat bijvoorbeeld regionaal al inzicht in de drukte op de SEH en de beschikbaarheid van IC-bedden, zodat de ambulance weet waar naar toe te rijden met een patiënt. In Friesland is een pilot gaande waarbij de huisarts ook kan zien hoe druk het is op de SEH's in de regio, zodat hij daarmee rekening kan houden bij zijn verwijzingen en eventueel de visites op een ander moment van de dag kan plannen, waarop het minder druk is op de SEH's. In steeds meer regio's is het voor verloskundigen mogelijk te zien waar er plaats is voor een bevallende vrouw.

Om een zorginfarct te bestrijden zijn tal van afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord, het Gezond en actief leven akkoord, het programma Toekomstige arbeidsmarkt zorg en welzijn en het programma Wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. Ook de ontwikkeling richting verbreding en versterking van de zorgcoördinatie maakt onderdeel uit van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord.

*Wanneer kan de Minister de Kamer informeren over de stappen die al gezet kunnen worden om zorgcontinuïteit te borgen?*

Naar aanleiding van de notitie «stand van de zorg» en de motie van het lid Van der Staaij c.s. (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 88), waarin de regering verzocht wordt op korte termijn in samenwerking met toezichthouders en het overige zorgveld tot handvatten te komen voor zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers die helpen om casuïstiek omtrent de toegankelijkheid van de zorg in het hier en nu op te lossen, is er overleg met NZa en IGJ opgestart. Ik zal de Kamer hierover voor het zomerreces 2023 verder informeren.

*Kan de Minister beschrijven welke rol hij ziet voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor zorgverzekeraars bij meer landelijke sturing en coördinatie op capaciteit?*

Op het moment dat de zorgcontinuïteit in het land in het geding komt, is centrale landelijke sturing en regie noodzakelijk. Zoals het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen en de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) eerder al constateerden, ontbreekt het in het huidige stelsel aan een dergelijke centrale sturings- en regiefunctie. De OvV deed daarbij de aanbeveling om de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. De

Minister van VWS vervult daarbij een belangrijke regisserende rol, naast de coördinerend Minister van Justitie en Veiligheid en de voorzitters veiligheidsregio's die verantwoordelijk zijn voor de integrale crisisbeheersing. In reactie op bovengenoemde rapporten heb ik aangegeven dat ik landelijke regie wettelijk ga borgen en hiervoor de verschillende verantwoordelijkheden voor de gezondheidszorg nader ga expliciteren. Ik werk daarmee aan een sterkere inbedding van (centrale) sturing en regie in de zorgketen, inclusief het expliciteren van de verschillende verantwoordelijkheden en het hiervoor benodigde wetstraject. Daarbij kijk ik ook naar de taken en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en andere partijen in het zorgveld. Het Ministerie van VWS verkent op dit moment de (juridische) mogelijkheden voor (centrale) sturing en regie in de zorgketen.

*Hoe wordt de aangenomen (Handelingen II 2021/22, nr. 100, item 10) motie van de leden Westerveld en Kuiken over een IC-basiscapaciteit van ten minste 1.150 bedden wordt uitgevoerd<sup>83</sup>?*

Zoals reeds vermeld in mijn brief aan uw Kamer van 16 september jl.<sup>84</sup> zijn, in lijn met de motie van de leden Westerveld en Kuiken<sup>85</sup> en het advies van de NVIC en V&VN IC, in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt over opschaling tot 1150 IC-bedden. Hoe deze opschaling in zijn werk gaat is beschreven in het LNAZ opschalingsplan waarover ik uw Kamer eind januari informeer.

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie maken zich grote zorgen over het gebrek aan centrale regie en kabinetsbreed gebrek aan coördinatie rondom het meer zelfvoorzienend worden van (medische-)producten en (genees-) hulpmiddelen gedurende een pandemie. De Minister zet in op een gezamenlijke Europese agenda. Hoewel genoemde leden geloven in Europese samenwerking, geloven zij ook in de sterke rol van de overheid in plaats van heilig geloof in de markt. Bovendien was gedurende het begin van de pandemische uitbraak op Europeesgebied er welhaast geen sprake van Europese solidariteit en samenwerking. Deze leden brengen graag bij de Minister opnieuw in herinnering dat import en distributie van hulpmiddelen en producten als beademingsapparaten niet gestroomlijnd en solidair in Europeesverband verliep. Wat betreft de bevoorrading vragen de zij waar de Minister de respectievelijke zes en twee weken termijn op heeft gebaseerd. Welke bevoorrading acht de Minister van essentieel belang in deze?*

Mijn voorganger heeft vorig jaar een uitgebreide brief gestuurd waarin werd uitgelegd hoe de termijnen van geneesmiddelenvoorraden die vergunninghouders en groothandels zelf dienen aan te houden bepaald zijn<sup>86</sup>. In het kort zijn deze termijnen gebaseerd op een balans tussen positieve effecten, het opvangen van leveringsonderbrekingen, enerzijds en mogelijke neveneffecten zoals spillage en verschraling van aanbod anderzijds. Ook zijn de termijnen van voorraadverplichtingen in andere Europese landen meegenomen in het vaststellen van deze termijnen.

Daarnaast zijn er medische producten waarvoor aanvullende acties zijn ondernomen, bijvoorbeeld de eerder genoemde crisisvoorraden aan IC-medicatie (CCV), (nood)voorraden van PBM, de calamiteitenvoorraad en aanvullende maatregelen op Europees niveau, waaronder de voornemens tot het aanleggen van noodvoorraden van een breed scala

<sup>83</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1905

<sup>84</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1959

<sup>85</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1905

<sup>86</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 735

aan crisis gerelateerde medische producten (HERA) en het borgen van snel inzetbare productiecapaciteit ten tijde van een crisis. Hiervoor gelden andere termijnen en ook andere verantwoordelijkheidsverdelingen. Vanzelfsprekend streef ik ernaar dat de genoemde maatregelen en acties zodanig op elkaar worden afgestemd en in balans gebracht, dat er een samenhangend en overzichtelijk geheel ontstaat.

*Genoemde leden merken op dat de Minister het streven heeft, naar aanleiding van de motie van het lid Maeijer<sup>87</sup>, om generieke medicijnproductie en grondstoffenproductie in Nederland te behouden. Zij vragen hoe de Minister dit zich voorstelt, aangezien de Minister helemaal geen zeggenschap heeft over marktpartijen. Hoe verhoudt dit voornemen zich tot de voorgenomen privatisering van Intravacc? De voornoemde leden zijn van mening dat de coronacrisis heeft aangetoond dat de ontwikkeling van nieuwe vaccins en geneesmiddelen én de productie daarvan weer gedeeltelijk in publieke handen moet zijn.*

Ik zie het versterken van de leveringszekerheid als een gemeenschappelijke opgave met ieder een eigen rol. Het klopt dat de overheid geen directe zeggenschap heeft over mondiaal opererende marktpartijen, zoals farmaceutische bedrijven. Maar deze spelers dragen vanuit hun rol bij aan de leveringszekerheid en beschikbaarheid van medische producten voor de patiënt en de zorg door medische producten te ontwikkelen, te produceren en te leveren. De rol van de overheid is het zorgen voor de benodigde condities en een goed vestigingsklimaat voor de ontwikkeling en productie van medische producten.

Zoals verder toegelicht in mijn brief van 13 december 2022<sup>88</sup>, investeer ik gericht in het stimuleren van de ontwikkeling en productie van medische producten in Nederland via meerdere trajecten. Het gaat dan bijvoorbeeld om subsidies door de deelname aan de IPCEI Health, het Nationaal Groeifonds project PharmaNL, de oprichting van het expertisecentrum FAST («*Future Affordable and Sustainable Therapies*») en opleidingen voor vaccin- en geneesmiddelenproductie.

Ik zie geen reden om als overheid zelf vaccins te produceren of een eigenstandige, bedrijfsmatige rol te hebben in vaccinontwikkeling. Dit zie ik niet als overheidstaak. Het zou hoge investeringen en zeer grote financiële risico's met zich meebrengen. De markt in samenwerking met onderzoeksinstituten ontwikkelt nieuwe vaccins. Voor Intravacc B.V. geldt nog in het bijzonder dat de deelname van de Staat in één bedrijf dat specifieke vaccinontwikkeling uitvoert, (geen productie) de publieke belangen in het hebben van voldoende vaccins niet kan borgen. Op voorhand is onbekend welke remedies nodig zijn in een volgende pandemie.

*De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie zijn benieuwd naar de rol en het budget voor onderzoek naar de lange termijneffecten van corona in de lange termijn kennisagenda. Hoeveel wil de Minister hiervoor beschikbaar stellen en in hoeverre zijn deze middelen structureel?*

De lange termijneffecten van de COVID-19 pandemie worden op een groot aantal verschillende indicatoren via verschillende initiatieven gemonitord. De grootste hierin zijn de COVID-19 programma's van ZonMw en het RIVM. Het ZonMw programma betreft een meerjarig programma met een totaal budget van ongeveer 115 mln. euro. Het RIVM programma had in 2021 en 2022 een budget van 70–75 mln. euro per jaar. Beide programma's lopen de komende tijd door, zij het in minder intensieve vorm dan de afgelopen jaren. Onderzoeken rondom langere termijnef-

<sup>87</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 5

<sup>88</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

fecten binnen deze programma's betreffen bijvoorbeeld opgebouwde immuniteit onder de bevolking, het welbevinden en eenzaamheid, aanhoudende klachten, effecten op de maatschappij, effecten op de zorg en lange termijn effectiviteit van vaccinatie.<sup>89</sup> Op termijn zal geïnventariseerd worden wat verder afgebouwd kan worden en wat structureel door moet lopen. Voor de kennisagenda COVID-19 die in het voorjaar van 2023 ontwikkeld wordt, zal een inventarisatie en prioritering gemaakt worden van de meest urgente onderwerpen. Bovengenoemde onderwerpen zullen daar ook onderdeel van zijn.

*Tevens achten genoemde leden het van belang dat kennis en innovaties (patenten) gefinancierd met publiek geld, beschikbaar wordt gesteld aan de internationale gemeenschap. Wat is het huidige kabinetsbeleid rondom de COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP) van de WHO, en in hoeverre zet de Minister zich in voor dergelijke samenwerking op andere medische gebieden?*

Ook ik vind dat kennis en innovaties die gefinancierd worden met publiek geld zoveel mogelijk toegankelijk moeten zijn voor de internationale gemeenschap. Echter, vrijwel altijd worden nieuwe medische producten niet louter en alleen met publieksgeld onderzocht, ontwikkeld en gefinancierd, maar zijn er ook private partijen die geld in onderzoek, ontwikkeling en productie steken. Ook dit private kapitaal is in het wereldwijde Life Science & Health ecosysteem nodig om tot nieuwe producten te komen.

In Nederland vind ik het belangrijk dat kennisinstellingen, waar de ontwikkeling deels het gevolg is van publieke investeringen, zoveel mogelijk gebruik maken van de principes van Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren (MVL) en de MVL-toolkit. Dit biedt de mogelijkheid bij het licentiëren afspraken te maken over onder meer betaalbaarheid. Tegelijkertijd vind ik dat we moeten blijven letten op een gezonde balans tussen publieke en private belangen. Zoals aangegeven, zijn private partijen nodig om maatschappelijke waarde te creëren. Een potentiële innovatie moet niet stranden op de onaantrekkelijkheid van de propositie voor private partijen. Anderzijds, de toegang tot een innovatie moet ook niet stranden doordat de propositie voor de private partij wel heel aantrekkelijk is geworden.

Ik vind deze balans belangrijk en dat is ook mijn inzet in internationale gremia waar het gaat over onderzoek, innovaties en toegang tot medische producten. Ook bij C-TAP. Tevens investeer ik vanuit deze beleidslijn in het EU Horizon programma Pandemic Preparedness en heb ik ook mijn bijdrage gedaan aan bijvoorbeeld de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI).

*Tot slot vragen genoemde leden hoe de zienswijze van de Minister met betrekking tot C-TAP rijmt met het niet willen opnemen van het potentiële coronavaccin aan C-TAP van Intravacc in de verkoopvoorwaarden, ondanks deze gedane belofte van Intravacc zelf.*

Zoals aangegeven in mijn antwoorden bij het Nader verslag schriftelijk overleg Herstart verkoop Intravacc B.V., die ik op 20 januari 2023 (Kamerstuk 34 951, nr. 9) aan uw Kamer heb verzonden, is er door Intravacc B.V. tijdens de COVID-19 pandemie de intentie uitgesproken tot opname van een COVID-19 vaccintechnologie in C-TAP. Er is op dit moment geen product patent op het nasaal COVID-19-vaccin (Avacc 10),

<sup>89</sup> PIENTER Corona onderzoek | RIVM, Naleving van en draagvlak voor de basis gedragsregels | RIVM, Long COVID-onderzoek | RIVM, Long COVID – ZonMw, Effect op de maatschappij – ZonMw, Zorg en preventie coronavirus – ZonMw, VASCO | RIVM

omdat dit kandidaat-product nog in ontwikkeling is en pas in het najaar van 2022 een fase 1, pre klinische onderzoeksfase is ingegaan. Om die reden is ook niet te voorzien of dit leidt tot opname in C-TAP. Ik zal om die reden deze eis contractueel niet van te voren aan partijen stellen, maar de inhoudelijke plannen van partijen worden wel beoordeeld op hun visie om deze intentie tot opname in C-TAP te continueren.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen. Genoemde leden lezen dat de Minister stelt dat er voldoende zorgverleners moeten zijn. Tegelijkertijd stelt hij dat hun aantal niet mag groeien, terwijl er momenteel al forse personeelstekorten zijn. In plaats daarvan wil de Minister inzetten op de flexibele inzet van zorgverleners. Genoemde leden vragen de Minister wat het effect van deze keuzes is op het afschalen van de reguliere zorg ten tijde van een pandemie. Moet de reguliere zorg sneller worden afgeschaald als wordt ingezet op het niet-oplossen van personeelstekorten?*

Een van de geleerde lessen tijdens de COVID-19-pandemie is dat het van belang is dat de reguliere zorg, ten tijde van een pandemie, plaats kan blijven vinden. Het expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen heeft ook geadviseerd om in te zetten op flexibel opleiden én taakdifferentiatie tijdens crisissituaties. Hierdoor kan het beschikbare arbeidsaanbod in de zorg effectiever ingezet worden. Het expertteam verwacht dat dat flexibel opleiden én taakdifferentiatie een significante impact kunnen hebben op het arbeidsaanbod en daarmee op de doorgang van reguliere zorg (U4- en U5-zorg). Daarnaast kan in tijden van crisis ook een beroep worden gedaan op de inzet van de Nationale Zorgreserve. Ook dat kan bijdragen aan de continuïteit van zorg.

*Genoemde leden zijn positief over het feit dat de Minister in zijn brief spreekt over «structurele versterking van de GGD'en». Zij vragen de Minister of hier ook de financiële versterking van de GGD'en mee bedoeld wordt. Is de Minister van plan om financiering te verbeteren en deze voortaan meer landelijk te organiseren?*

Zoals aangegeven in de brief van 4 november jl. zijn in het coalitieakkoord<sup>90</sup> incidenteel en structureel middelen voorzien vanaf 2022 voor pandemische paraatheid, oplopend tot structureel 300 mln. euro per jaar. Een deel van die middelen is bestemd voor versterking van de publieke gezondheidszorg, waaronder de GGD'en.

Het stelsel van publieke gezondheidszorg is georganiseerd volgens medebewind. Als gevolg daarvan worden de GGD'en gefinancierd vanuit het Gemeentefonds. Voor de uitvoering van het plan van aanpak «Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en» wordt voorzien in aanvullende financiering, in de vorm van een specifieke uitkering. In afwachting van de parlementaire behandeling van de VWS begroting komt de Regeling specifieke uitkering versterking GGD'en beschikbaar voor de jaren 2023 en 2024. Bij instemming met de begroting, wordt de regeling nadien met toelichting in de Staatscourant gepubliceerd. Met de komst van de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding zal het Rijk aanvullende eisen gaan stellen aan de infectieziektebestrijding door en pandemische paraatheid van de GGD'en. Zoals

<sup>90</sup> Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77

in de brief van 3 juni 2022<sup>91</sup> aangekondigd wordt het passende bekostigingsinstrument hiervoor nog uitgewerkt.

*Voorts vragen zij hoe de Minister van plan is om vorm te geven aan een «slagvaardig, flexibele en opschaalbare publieke gezondheidszorg». Wordt er hierbij ingezet op het snel kunnen opschalen van de GGD'en? Zo ja, op welke manier?*

Voor een slagvaardige bestrijding van een pandemie is de versterking van de publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding cruciaal. In 2023 en 2024 wordt ingezet op het wegwerken van kwetsbaarheden in infectieziektebestrijding bij de GGD'en om zo de basis van de infectieziektebestrijding op orde te brengen en goed bij te kunnen dragen aan de opschaling tot de landelijke operatie in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel. Daarnaast zal de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding bij een nieuwe pandemie zorgen voor snelle opschaling en aansturing van de medisch-operationele processen bij de GGD'en (via de directeuren Publieke Gezondheid). Denk daarbij aan het voorkomen van verspreiding van de ziekte door grootschalig testen, traceren en vaccineren en centraal organiseren van logistieke voorzieningen zoals gezamenlijk klantcontact. Daarnaast wordt voorzien in een wettelijke grondslag om eisen te kunnen stellen die gaan over de manier waarop GGD'en hun taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding uitvoeren. Met deze kaderstelling wordt bijgedragen aan een meer uniforme werkwijze van de GGD'en. Hierdoor kan de infectieziektebestrijdingsketen sneller en adequater worden opgeschaald in geval van een infectieziekte met pandemische potentieel.

*De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe hij de afweging maakt tussen de noodzaak van een krachtige landelijke pandemiebestrijding en de autonomie van de lokale GGD'en tijdens de uitbraak van een pandemie. Hoe wordt voorkomen dat onuitlegbare verschillen ontstaan in de aanpak van een landelijke uitbraak van een infectieziekte?*

De GGD'en zijn van groot belang voor een effectieve pandemiebestrijding en zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en organisatie onder aansturing van hun gemeentelijke besturen. Zoals benoemd in het LFI advies dat op 3 juni 2022 werd meegezonden met de brief over onder meer de instelling van de LFI<sup>92</sup>, wordt de noodzaak van centrale regie en sturing tijdens een pandemie en van uniformerende kaderstelling breed ondersteund. Met een tweede tranche wijziging van de Wet publieke gezondheid wordt een directe sturingsbevoegdheid van de Minister, via de LFI, op de directeur publieke gezondheid (dPG) van de GGD voor de medisch operationele processen tijdens een pandemie wettelijk geborgd. Ook wordt voorzien in een grondslag om uniformerende regels te kunnen stellen aan de GGD'en om beter voorbereid te zijn voor opschaling tijdens een pandemie. Hierin is er ruimte behouden voor regionale verschillen evenals de autonomie van GGD'en waar dat nodig of nuttig is.

De LFI zal de centrale regie hebben ten aanzien van de medisch-operationele processen op de voorbereiding op een uitbraak van een A-infectieziekte met landelijke impact. Onder meer door gebruik te maken van uniformerende kaderstelling, zoals beschreven in het antwoord op uw voorgaande vraag, waardoor medisch-operationele processen bij de GGD'en meer uniform moeten worden uitgevoerd. Ten tijden een pandemie zal de LFI zorgen voor snelle opschaling en aansturing van de medisch-operationele processen bij de GGD'en (via de directeuren

<sup>91</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

<sup>92</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

Publieke Gezondheid). De uniforme sturing zal bijdragen aan het voorkomen van grote verschillen in de aanpak van een landelijke uitbraak van een infectieziekte.

*Is de Minister van plan om een duidelijke scheiding aan te brengen tussen de structuren van advisering en besluitvorming tijdens volgende pandemieën? Zo ja, hoe?*

De huidige structuren zijn erop gericht dat we (onafhankelijk) advies krijgen van adviesorganen zoals OMT en MIT waarna mede op basis daarvan de politieke besluitvorming plaatsvindt. Om deze scheiding duidelijker te maken, zijn al eerder aanpassingen gemaakt, daarover heb ik uw Kamer onder andere geïnformeerd in de reactie op het eerste OvV rapport. In het tweede deel van het OvV rapport staat een aanbeveling voor het RIVM over het opstellen van een »reglement van orde« voor het OMT. Deze aanbeveling sluit aan bij verbeterpunten die het RIVM en de voorzitter van het OMT zelf ook gezien hebben. Inmiddels werken zij aan het opstellen van zo'n reglement. Daarin brengen ze afspraken en uitgangspunten die er al waren samen met meer recente inzichten.

*Hoe wordt een gelijkwaardige positie van de langdurige zorg gewaarborgd in de pandemiebestrijding? Hoe wordt voorkomen dat bij de uitbraak van een nieuwe pandemie de langdurige zorg weer onvoldoende prioriteit krijgt?*

De gelijkwaardige positie van de langdurige zorg in de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ) is sinds 2022 wettelijk geborgd, zodat de langdurige zorg goed is aangesloten op de crisisstructuur en de aansturing hiervan in de regio.

*Genoemde leden vragen de Minister hoe hij van plan is om de impact van de genomen maatregelen tijdens een volgende pandemie goed te monitoren, zodat duidelijk kan worden welk effect deze maatregelen hebben in de bestrijding van deze pandemie.*

In de beleidsreactie op het tweede rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid heb ik het complexe vraagstuk van de effectiviteit van maatregelen en zicht hierop, uiteengezet. Ik deel de wens van de Kamer om kennis over en het zicht op de effectiviteit van maatregelen van de pandemiebestrijding zo groot mogelijk te maken. Zoals in de beleidsreactie is aangegeven, is vanaf de start van de coronapandemie veel werk verzet om maximaal inzicht te geven in de epidemiologische effectiviteit en maatschappelijke (neven)effecten van maatregelen en maatregelenpakketten. Dit gebeurde op initiatief van het kabinet en ook op eigen initiatief vanuit verschillende kennisinstellingen, zoals het RIVM, ZonMw, SCP en bestaande onderzoeksgroepen die niet aan de overheid gelieerd zijn. Verder wil ik noemen dat het RIVM op dit moment in Europees verband inventariseert hoe de maatregelenpakketten en hun effecten van verschillende landen onderling geëvalueerd kunnen worden. Bij ZonMw loopt het ZonMw COVID-19 programma de komende jaren door en wordt dit waar nodig aangevuld. Hierin vindt bijvoorbeeld onderzoek plaats naar gevolgen van maatregelen voor specifieke groepen. Zowel via het RIVM als ZonMw wordt op dit moment onderzoek gecontinueerd naar economische en maatschappelijke (neven)effecten. Onderdeel van het kennisprogramma van Pandemische paraatheid betreft bovendien modellering en gedrag. Beter zicht krijgen op verschillende factoren, draagt ook bij aan meer voorspelbaarheid van de effectiviteit van verschillende interventies.

*Zij vragen hoe het momenteel staat met de zorgreserve. Hoeveel aanmeldingen zijn er tot nu toe en hoe verhoudt zich dat tot de gewenste uiteindelijke grootte van de zorgreserve?*

Ik heb uw Kamer op 23 december jl. geïnformeerd over de stand van zaken betreffende de Nationale Zorgreserve<sup>93</sup>. Eind 2022 waren er 1618 zorgreservisten ingeschreven bij EZS. Dat is ongeveer 1/3e van het gestreefde aantal op lange termijn.

*Genoemde leden lezen dat de Minister werkt aan landelijk dekkende zorgcoördinatie. Hoe verhoudt dit zich tot het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS)?*

Vijf partijen waaronder het LNAZ dat ook verantwoordelijk is voor LCPS, werken op dit moment scenario's uit voor regionale zorgcoördinatie. Ik heb partijen gevraagd daarbij de mogelijkheid van landelijke spreiding van patiënten te betrekken. Ik verwacht het advies van partijen in maart 2023 te ontvangen.

*De leden van de SP-fractie lezen dat de Europese Commissie inzet op voldoende productiecapaciteit voor vaccins in Europa en dat binnen de WHO ook wordt ingezet op geografische spreiding van productiecapaciteit. Zij vragen of hierbij ook wordt gekeken naar de verdeling van het eigendom van deze productiecapaciteit en het intellectueel eigendom van hetgeen geproduceerd wordt.*

Er wordt hierbij niet specifiek gekeken naar de verdeling van het eigendom van productiecapaciteit en het intellectueel eigendom van hetgeen geproduceerd wordt. Het gaat erom dat er een betere toegang van medische producten (*equity*) plaats gaat vinden, en het versterken van productiecapaciteit is daar een van de oplossingen voor.

Ik licht dit graag uitgebreid toe:

Voor het borgen van voldoende vaccinproductie bij een volgende (gezondheids)crisis zet Nederland in op Europese samenwerking; HERA. HERA investeert op dit moment in het beschikbaar hebben van voldoende productiecapaciteit voor verschillende typen vaccins via het zogenaamde EU FAB mechanisme. Dit betreft een mechanisme waarbij productiecapaciteit bij bestaande vaccinfabrikanten wordt gereserveerd die in tijden van crisis op afroep beschikbaar komt tegen vooraf vastgestelde voorwaarden, waaronder beschikbare volumes en typen productieplatforms. Voor de beschikbaarheid van een groot volume aan productie van verschillende typen vaccins voor respiratoire infectieziekten zoals COVID-19, heeft de HERA een aanbesteding geopend, waar fabrikanten op kunnen inschrijven. Ook consortia van Nederlandse en Europese bedrijven kunnen hierop inschrijven. Hierdoor wordt productiecapaciteit gereserveerd voor de EU voor vaccinproductie bij een volgende (gezondheids)crisis. Via EU FAB wordt productiecapaciteit bij verschillende fabrikanten gereserveerd, zodat de productiecapaciteit niet in handen van één fabrikant is. EU FAB gaat niet direct over het intellectueel eigendom van wat bij die fabrikanten geproduceerd gaat worden. Ik verwacht dat bij de aankoop van vaccins in een crisissituatie met de registratiehouder van het vaccins afspraken over de productie worden gemaakt.

De Europese Commissie zorgt via de *EU Vaccines Strategy* ook voor een eerlijke verdeling onder lidstaten van de via deze weg geproduceerde vaccins. En rondom de beschikbaarheid van pandemische griepvaccins zijn afgelopen najaar contractuele afspraken gemaakt over op afroep

<sup>93</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 491

beschikbare productiecapaciteit voor dergelijke vaccins. Daarbij is eveneens een verdelingsmechanisme afgesproken.

Op niveau van de WHO zal de komende anderhalf jaar intensief worden gesproken over de totstandkoming van een pandemie akkoord. Daarbij zal de discussie over een meer gelijke beschikbaarheid van en gelijkwaardige toegang tot crisis gerelateerde medische producten, waaronder ook de productie van vaccins, een belangrijk onderdeel vormen. Dit vraagstuk gaat over meer dan geografische spreiding, maar raakt ook aan kennisdeling, capaciteitsontwikkeling en beschikbaarheid van financiering. Om een inhoudelijke en constructieve bijdrage te leveren aan de discussie over de geografische spreiding van productiecapaciteiten, zal ons land in nauwe samenwerking met de WHO komend jaar het tweede World Local Production Forum organiseren, waar nadrukkelijk over het verdelingsvraagstuk gesproken zal worden. De WHA resolutie 74.6, *Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access*, ligt hieraan ten grondslag. Een van de manieren waarop de WHO uitvoering geeft aan deze resolutie is door het World Local Production Forum te organiseren. De eerste editie was in zomer 2021 digitaal.

*Houden grote mondiaal opererende farmaceuten niet nog steeds een grote mate van zeggenschap over de productie en verdeling van vaccins en geneesmiddelen, als zij de productiefaciliteiten en/of de intellectuele eigendomsrechten hiervan in bezit hebben?*

Farmaceuten hebben inderdaad invloed als het gaat om de productie en verdeling van vaccins en geneesmiddelen. Wij bekijken hoe we dat in goede banen kunnen leiden. Zoals vaker met uw Kamer gedeeld is het kabinet van mening dat intellectuele eigendomsrechten geen belemmering mogen vormen voor de productie van vaccins. Bij brief van 8 juli jl.<sup>94</sup> heeft de Minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking u geïnformeerd dat -mede door de door Nederland gevraagde constructieve benadering en flexibiliteit van de Europese Commissie – WTO-leden in juni 2022 overeenstemming hebben bereikt over een ministerieel besluit ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten in relatie tot COVID-19-vaccins. Deze komt tegemoet aan de zorgen van ontwikkelingslanden, door het vereenvoudigen van de mogelijkheden die bestaan om lokale fabrikanten toe te staan COVID-19-vaccins te produceren zonder toestemming van de octrooihouders. Tegelijkertijd behoudt de beslissing, in het algemeen belang, een goed functionerend systeem van intellectuele eigendom, met stimulansen voor investeringen, onderzoek en overdracht van technologie. Dit is onmisbaar, niet alleen voor de ontwikkeling van nieuwe vaccins en geneesmiddelen, maar ook voor de versterking van de productiecapaciteit wereldwijd.

De Nederlandse regering beschouwt het stelsel van intellectuele eigendom dan ook niet alleen als een stimulans om onderzoek te doen, maar ook als de basis voor vrijwillige licentieovereenkomsten en kennisoverdracht. Zo kunnen bijvoorbeeld *contract manufacturing organisations*, in opdracht van derden geneesmiddelen produceren. Tevens gaan de grote mondiale farmaceuten in beginsel niet over de verdeling van geneesmiddelen. Zij zijn partij bij de verkoop van geneesmiddelen aan organisaties en/of landen die uiteindelijk gaan over de verdeling.

*Zij lezen daarnaast dat de Minister schrijft dat hij daarnaast «innovatie [wil] stimuleren zodat een ecosysteem van academie en bedrijven samen oplossingen creëren voor het sneller detecteren, diagnosticeren en*

<sup>94</sup> Kamerstuk 21 501-02, nr. 2512

*bestrijden van toekomstige pandemieën.» Is de Minister het ermee eens dat die innovatie niet gebaat is bij het monopoliseren van kennis?*

Ja. Kennis moet vrij beschikbaar zijn. De toepassing van kennis kan in sommige gevallen echter wel beschermd zijn, wanneer hier een octrooi op is verkregen.

*Genoemde leden lezen daarnaast dat de Minister bij de innovatieagenda pandemische paraatheid «bijzondere aandacht» heeft voor vaccins. Dit staat volgens deze leden in schril contrast met de privatisering van Intravacc, waarmee de Minister een belangrijk deel van de Nederlandse innovatiekracht op het gebied van vaccins overlevert aan de vrije markt. Is de Minister bereid om de daad bij het woord te voegen en de geplande privatisering van Intravacc af te blazen?*

Op voorhand is onbekend welke remedies nodig zijn in een volgende pandemie. De deelname van de Staat in één bedrijf dat specifieke vaccinontwikkeling uitvoert, kan niet de publieke belangen in het hebben van voldoende vaccins in het kader van pandemische paraatheid borgen. Een groot aantal bedrijven in Nederland en daarbuiten is actief om vaccinen en therapieconcepten te testen en gereed te maken voor grootschalige eindproductie. Intravacc B.V. speelt hierin een bescheiden rol. Intravacc B.V. produceert zelf geen vaccins en heeft daarom ook geen rol bij productie, koop of distributie van de vaccins. Mijn strategie voor het borgen van voldoende beschikbaarheid van vaccins en andere therapieën richt zich daarom op het systeem als geheel en niet op één bedrijf of een specifiek vaccin of technologie. Ik blijf daarom voornemens om Intravacc B.V. te verkopen.

*De leden van de SP-fractie lezen dat momenteel gesproken wordt over de totstandkoming van een «pandemisch instrument». Kan de Minister ingaan op welke onderwerpen daarbij momenteel op tafel liggen? Op welke terreinen worden mogelijk afspraken gemaakt via dit instrument?*

De 194 lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) hebben op 1 december 2021 besloten tot het starten van een proces voor de totstandkoming van een internationaal instrument met betrekking tot pandemische preventie, paraatheid en respons, het *Pandemic Accord*. Hiertoe is de *Intergovernmental Negotiation Body* (INB) opgericht, het lichaam waarbinnen de onderhandelingen tussen de WHO-lidstaten zullen plaatsvinden. Inmiddels hebben de lidstaten aangegeven welke onderwerpen zij belangrijk achten om een plaats te krijgen in een eventueel verdrag. De Nederlandse inzet hiervoor is in juni 2022 aan de Kamer medegedeeld<sup>95</sup>.

De onderwerpen die door de lidstaten zijn aangedragen zien onder meer op meer en eerlijkere toegang tot medicijnen en medische hulpmiddelen gedurende een pandemie; eerlijke toegang tot technologie en meer nadruk op regionale productiecapaciteiten om de sterke afhankelijkheid van aanleveringsroutes te beperken; het delen van genetische data en toegang tot biologische materialen; een geïntegreerd internationaal One Health surveillance systeem en het helpen van landen met beperkte capaciteiten om hun systemen voor pandemische paraatheid voldoende te versterken.

Daarnaast worden er mogelijk ook afspraken gemaakt over de financiering van nationale capaciteiten voor pandemische paraatheid in landen, een betere naleving van internationale verdragsafspraken ten tijde van, of in voorbereiding op, pandemieën, rapportages over het nakomen van

<sup>95</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1924

gemaakte verdragsafspraken, de vrijstellingen op octrooien van medische hulpmiddelen en medicijnen, en het stimuleren van samenwerking op (klinisch) onderzoek.

Dit jaar zullen onderhandelingen tussen de lidstaten plaatsvinden, ten einde te komen tot een definitief verdrag.

*Tot slot vragen genoemde leden of de financiering van het beleidsprogramma pandemische paraatheid wel in verhouding staat tot de forse ambities van de Minister op dit gebied. Hoe wil de Minister zijn doelen bereiken als er maar zo beperkt budget beschikbaar wordt gesteld?*

In het coalitieakkoord is een substantiële investering in pandemische paraatheid afgesproken, van structureel 300 mln. euro per jaar. Ik ben ervan overtuigd dat we de ambities van het beleidsprogramma waar kunnen maken door slim te investeren en de juiste samenwerkingsverbanden te zoeken met bijvoorbeeld kennispartijen, bedrijven en ook internationaal. We kunnen hiermee belangrijke stappen zetten in het vergroten van de pandemische paraatheid van Nederland. De brief van november<sup>96</sup> schetste de eerste stap in de totstandkoming van het beleidsprogramma met de benodigde investeringen daarvoor. In het najaar van 2023 zal ik u weer nader informeren over de verdere uitwerking van het programma en de middelen die daarmee gemoeid zijn.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie**

*De leden van de PvdD-fractie hebben met interesse het beleidsprogramma pandemische paraatheid doorgenomen. Deze leden zijn blij dat in dit beleidsprogramma ook het versterken van het zoönosenbeleid is opgenomen. Zij missen hierin nog altijd de inzet op preventie. De Minister bevestigde zelf al in het commissiedebat Zoönosen en dierziekten van 13 oktober jongstleden dat het zoönosebeleid erop is gericht om signalen tijdig op te vangen en zo nodig in te grijpen. Uiteraard is dit van groot belang om te voorkomen dat een infectieziekte zich snel verder kan verspreiden. Maar op het moment dat moet worden ingegrepen heeft al een infectie plaatsgevonden. Hoewel infectieziekten van alle tijden zijn en het ontstaan van een nieuwe pandemie nooit kan worden voorkomen, is het van groot belang om de kans dat dit gebeurt zo klein mogelijk te maken, en zeker om de kans hierop niet onnodig groot te maken, zoals in Nederland nog altijd het geval is. Genoemde leden missen bij dit kabinet nog altijd het gevoel van urgentie om de grote risicofactoren aan te pakken.*

*Eén van de zoönosen die volgens diverse wetenschappers zou kunnen leiden tot een nieuwe pandemie, is het vogelgriepvirus. Er is, niet alleen bij genoemde leden maar ook bij virologen en andere wetenschappers, serieuze twijfel of de waarschuwingssignalen wel voldoende worden gehoord. Het vogelgriepvirus verspreidt zich op dit moment ongekend lang en steeds verder over de wereld, waarbij steeds meer dieren en meer diersoorten besmet raken. Ook zoogdieren, waaronder mensen. Onlangs merkte een auteur in de New York Times op dat het overspringen van een virus van de ene diersoort naar de andere diersoort waarschuwingssignalen zijn.<sup>97</sup> Hoe vaker dit gebeurt, hoe groter de kans dat één enkele infectie leidt tot een ramp. De vraag is of deze waarschuwingssignalen wel worden gehoord én of men bereid is hier op te reageren. Hoe ziet de Minister dit?*

<sup>96</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1964

<sup>97</sup> The New York Times, 31 oktober 2022, «A Dolphin, a Porpoise and Two Men Got Bird Flu. That's a Warning to the Rest of Us.»

Verschillende adviezen zijn benut bij de totstandkoming van het Nationaal actieplan versterken zoönosenbeleid. Allereerst het rapport «Zoönosen in het vizier» van de expertgroep zoönosen onder leiding van dhr. Bekedam, maar ook de evaluatie van de uitbraak van SARS-CoV-2 bij nertsen en verschillende adviezen van het Deskundigenberaad Zoönosen zijn benut. Daarnaast is het kabinet met betrokken en belanghebbende partijen in gesprek gegaan en zijn hun adviezen benut om tot dit actieplan te komen. De acties in dit plan zijn tot stand gekomen op basis van de genoemde adviezen, de inbreng van betrokken partijen, een analyse en weging van de bestaande beleidsinzet en op basis daarvan een nadere prioritering en fasering.

In mei 2022 zijn adviezen gegeven door de experts, onder wie virologen, in het Deskundigenberaad Zoönosen Vogelgriep. De Minister van LNV en ik hebben de aanbevelingen daaruit grotendeels overgenomen. Hiervoor verwijs ik naar mijn brief van 1 juni 2022<sup>98</sup>. Op 11 oktober 2022 heeft de Minister van LNV, mede namens mij, een intensiveringsplan preventie vogelgriep toegezegd, omdat ook wij van mening zijn dat extra inspanningen nodig zijn. Dit intensiveringsplan preventie vogelgriep wordt op hoofdlijnen dit kwartaal naar de Kamer gestuurd. Naar mijn mening horen wij de waarschuwingssignalen dus wel degelijk en reageren wij hierop.

*In Nederland merkte een viroloog van het Erasmus MC onlangs op dat vogelgriep niet hoog genoeg op de politieke agenda staat<sup>99</sup>. Eerder dit jaar zei ook de hoogleraar virologie aan het Erasmus MC te Rotterdam dat het ingewikkeld is om vogelgriep op de agenda te krijgen, terwijl het gaat om een permanente pandemische dreiging, direct in onze achtertuin<sup>100</sup>. Hoe is het mogelijk dat vooraanstaande wetenschappers die onder andere ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport adviseren, hier bij herhaling op wijzen? Wat gaat de Minister doen om dit te veranderen?*

Ik deel de zorgen over de risico's van het vogelgriepvirus, niet alleen vanwege de vele vogels die door dit virus worden besmet, maar ook vanwege de pandemische potentie. Ik deel echter niet dat het niet hoog genoeg op de politieke agenda staat. Vogelgriep heeft de volle aandacht van de Minister van LNV en mij.

De Kamer is het afgelopen jaar door de Minister van LNV en mij regelmatig geïnformeerd over de ontwikkelingen en over alle lopende en beoogde activiteiten ter preventie en bestrijding. Op 11 oktober jl. is een intensiveringsplan preventie vogelgriep toegezegd, deze ontvangt u dit kwartaal op hoofdlijnen.

*De viroloog van het Erasmus MC signaleert tevens dat de Nederlandse overheid vogelgriep nog steeds niet behandelt als een zoönose. Er wordt nog vooral gevraagd om en gekoerst op de adviezen van de Deskundigen-groep Dierziekten, waar hoofdzakelijk veterinaire deskundigen in deelnemen. Herkent de Minister dit?*

Vogelgriep als zoönosen wordt continu besproken en beoordeeld binnen de zoönosenstructuur. Als daar aanleiding toe is wordt er opgeschaald. Zo is er in maart 2022 een Deskundigenberaad zoönosen over vogelgriep geweest. Tot nu toe is niet noodzakelijk geweest nogmaals op te schalen omdat het humane risico niet is gewijzigd en besmettingen in Nederland

<sup>98</sup> Kamerstukken 25 295 en 28 807, nr. 1872

<sup>99</sup> NRC, 24 november 2022, «Kippen hebben nog altijd geen griep prik gekregen. Een viroloog wil haast maken» (<https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/24/kippen-hebben-nog-altijd-geen-griep-prik-gekregeen-een-viroloog-wil-haast-maken-a4149223?t=1669292526>).

<sup>100</sup> VPRO, 20 februari 2022, Uitzending Buitenhof (<https://www.vpro.nl/buitenhof/lees/in-de-uitzending/2022/20-februari.html>).

zich alleen bij dieren heeft voorgedaan. Wel hebben hebben zich situaties voorgedaan die aanvullend veterinair advies van de Deskundigengroep dierziekten noodzakelijk maakten. Indien het opvolgen van deze adviezen mogelijk zoönotische risico's met zich hadden meegebracht, dan waren deze binnen de zoönosenstructuur, met de humane deskundigen, daarop beoordeeld. Tot slot wordt de zoönotische dreiging ook meegenomen in het intensiveringsplan vogelgriep dat de Kamer op hoofdlijnen in het eerste kwartaal van 2023 ontvangt.

*Vindt de Minister dat virologen en artsen op dit moment voldoende worden betrokken in de besluitvorming over de bestrijding van het vogelgriepvirus?*

Ja, ik vind dat deze groepen voldoende worden betrokken. Volksgezondheid is leidend als het gaat om de preventie, respons en bestrijding van zoönosen, ook bij vogelgriep. Binnen de diverse gremia in de zoönosenstructuur (Signaleringsoverleg, Responsteam, Deskundigenberaad en OMT) is dat bijvoorbeeld terug te zien aan het feit dat het RIVM steeds de voorzitter daarvan is. De artsen en virologen werkzaam bij het RIVM die daaraan deelnemen, maar ook de artsen en virologen van bijvoorbeeld de GGD of het Erasmus MC in één van deze gremia, beoordelen het zoönotische risico van het vogelgriepvirus en adviseren over te nemen maatregelen om transmissie van dier naar mens te voorkomen. Daarnaast volgen zij de (internationale) vogelgriepsituatie. Verdenkingen en informatie over het virustype worden altijd door de NVWA met het RIVM gedeeld en Wageningen Bioveterinary Research informeert het RIVM over mutaties van het virus op grond waarvan het RIVM de humane risico's kan (her)beoordelen.

Aanvullend advies kan bij de artsen en virologen van het RIVM worden ingewonnen en indien nodig wordt door het RIVM opgeschaald, hetgeen tot nu toe niet noodzakelijk is geweest omdat besmettingen in Nederland zich alleen bij dieren heeft voorgedaan. Naast betrokkenheid bij de lopende bestrijdingsacties in de pluimveesector adviseert het RIVM ook over het voorkomen van virusbesmettingen van mensen vanuit wilde vogels of zoogdieren, zoals de inzet van persoonlijke beschermingsmaatregelen in de leidraad omgaan met dode wilde vogels.

*Heeft sinds begin maart nog een deskundigenberaad zoönosen plaatsgevonden, waar meer artsen en virologen aan deelnemen? Zo ja, wanneer en kan de Kamer hier verslag van ontvangen?*

Nee, sindsdien heeft er geen DB-Z plaatsgevonden. De besmettingen met vogelgriep bij vogels en zoogdieren worden nauwkeurig gevolgd. Het RIVM beoordeelt de situatie met het oog op volksgezondheid. De situatie in de afgelopen maanden gaf geen aanleiding om wederom een DB-Z te organiseren. Recente ontwikkelingen (een humane besmetting in Ecuador en zoogdiertransmissie bij een uitbraak op een nertsenhoudery in Spanje) hebben mij doen besluiten om opnieuw een DB-Z over vogelgriep aan te vragen. Ik heb dit verzoek aan de voorzitter van het DB-Z, de heer van Dissel van het RIVM gedaan en verwacht dat dit binnenkort plaatsvindt.

*In het deskundigenberaad in maart 2022 werd gewaarschuwd dat het reëel is dat voor de mens gevaarlijkere virusvarianten in de komende seizoenen deze kant op zullen komen. Ook een bijzonder hoogleraar moleculaire virologie aan Erasmus MC wees deze week nog op zo'n variant, vogelgriepvirus H5N6, die in China al heeft gezorgd voor veel*

*besmettingen bij zoogdieren, waaronder tientallen mensen<sup>101</sup>. Daarmee lijkt het beter aangepast te zijn aan zoogdieren. Ongeveer de helft van de besmette mensen is overleden. Kan de Minister toelichten op welke manier wordt gemonitord of H5N6 zich verder aan het verspreiden is? Is de informatie-uitwisseling hierover met de verschillende landen op de vogeltrekroutes voldoende op orde?*

De informatie uitwisseling is voldoende op orde. Lidstaten in de EU monitoren wilde vogels continu op het voorkomen van vogelgriepvirussen. Deze informatie, aangevuld door internationale gegevens over circulerende virustypen worden nauw gevolgd door de NVWA, het RIVM en Wageningen Bioveterinary Research. Zo wordt de internationale situatie goed in de gaten gehouden. Humane infecties met vogelgriepvirus, waaronder met H5N6, worden gemeld bij de WHO en in het Early Warning and Response System (EWRS) van het ECDC. Daarnaast beoordeelt EFSA ook de situatie met uitbraken geregeld. Ook sequenties van vogelgriepvirussen worden via de GISAIID-database in de gaten gehouden. Op deze manier kunnen vogelgriepvirussen worden gemonitord en worden beoordeeld of zich mutaties voordoen.

Bij de Wereldorganisatie voor diergezondheid (WOAH) geven de aangesloten landen (vrijwel alle landen in de wereld) informatie over de dierziektesituatie in hun land. Dat gebeurt binnen 24 uur als er uitbraken zijn die voor het eerst optreden, op wekelijkse basis om het vervolg van die gebeurtenis te melden, en bij een stabiele dierziektesituatie op halfjaarlijkse basis. De gegevens zijn openbaar en kunnen op de website van de WOAH worden ingezien. Als er zich ongewone gebeurtenissen voordoen met varianten van bekende pathogenen of met nieuwe pathogenen of nieuwe gastheren wordt dit in dat systeem gemeld.

*Tijdens het commissiedebat Zoönosen en dierziekten in oktober werd aangekondigd dat wordt onderzocht hoe nieuwvestiging en uitbreiding van pluimveebedrijven in risicogebieden kan worden voorkomen. Dat is een belangrijke aanbeveling van onder andere de commissie Bekedam, maar dit is ook door andere wetenschappers al diverse keren benoemd in de afgelopen twintig jaar. Bij deze verkenning zou worden gekeken naar mogelijkheden op het gebied van ruimtelijke ordening en naar een mogelijke wijziging van de Wet dieren. Genoemde leden vragen de Minister wat de stand van zaken is met betrekking tot deze verkenning.*

De Minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit heeft in het commissiedebat met de Tweede Kamer over zoönosen en dierziekten van 13 oktober 2022<sup>102</sup> aangekondigd alle mogelijke maatregelen in kaart te brengen en uit te werken om nieuwvestiging en uitbreiding van pluimveebedrijven in risicogebieden te kunnen voorkomen, waarbij wordt gekeken naar het omgevingsrecht en naar de Wet dieren. Het huidige ruimtelijk instrumentarium en de toekomstige Omgevingswet zal in elk geval ruimte bieden om te sturen op vestiging en uitbreiding waar het gaat om activiteiten die een risico kunnen zijn voor de volksgezondheid van mensen in de omgeving. Het kabinet onderzoekt op dit moment of een dergelijk instrument ook wenselijk is met het oog op preventie van verspreiding van dierziekten en zoönosen.

<sup>101</sup> De Volkskrant, 28 november 2022, «Allang niet meer alleen voor vogels: een paar mutaties, en de vogelgriep kan pandemisch worden» (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/allang-niet-meer-alleen-voor-vogels-een-paar-mutaties-en-de-vogelgriep-kan-pandemisch-wordsen~b8149673/>).

<sup>102</sup> Kamerstuk 28 286, nr. 1263

Het voorkomen of beperken van nieuwvestiging en uitbreiding van pluimveebedrijven in risicogebieden vanwege de dreiging van vogelgriep is onderdeel van het intensiveringsplan vogelgriep dat de Minister van LNV en ik hebben aangekondigd<sup>103</sup> en wat momenteel wordt uitgewerkt. Daarin wordt o.a. een verkenning gedaan naar de mogelijkheden om nieuwvestiging en uitbreiding in gebieden waar de kans op besmetting relatief groot is, te kunnen voorkomen. Bij de uitwerking zal onder andere gebruik worden gemaakt van het recent opgeleverde rapport van WBVR over risicofactoren voor hoogpathogene vogelgriep<sup>104</sup>. De Tweede Kamer ontvangt het intensiveringsplan preventie vogelgriep op hoofdlijnen aan het eind van het eerste kwartaal van 2023.

*Deelt de Minister de mening dat het creëren van een juridisch instrumentarium niet alleen nodig is om te kunnen sturen op de aanwezigheid van pluimveebedrijven in risicogebieden, maar ook om invloed te kunnen hebben op vestiging en uitbreiding van bedrijven in andere sectoren waarvan bekend is dat deze risico's opleveren voor de volksgezondheid, zoals bedrijven met geiten nabij woonwijken en bedrijven met varkens en pluimvee die op korte afstand van elkaar zijn gehuisvest?*

Besluitvorming op ruimtelijke ordening (RO) ligt primair bij gemeenten en provincies. In het kader van de Wet RO en de WABO (wet algemene bepalingen omgevingsrecht) kan een vergunning voor vestiging of uitbreiding van een bedrijf waarbij wordt gebouwd geweigerd worden als er aantoonbare risico's zijn voor de gezondheid van omwonenden, of uit voorzorg als deze risico's voldoende aannemelijk zijn.

De meeste provincies hebben bijvoorbeeld een moratorium ingesteld om de nieuwvestiging en/of uitbreiding van geitenhouderijen tegen te gaan. Deze provincies hebben vanuit het voorzorgsprincipe deze moratoria ingesteld omdat in diverse deelonderzoeken van het onderzoeksprogramma Veehouderij en Gezondheid Omwonenden (VGO) is vastgesteld dat omwonenden van geitenhouderijen een verhoogde kans hebben op het oplopen van een longontsteking. Ook met de nieuwe Omgevingswet (verwacht juli 2023) kunnen aan vestiging en uitbreiding van veehouderijen beperkingen en verboden worden gesteld in het belang van de volksgezondheid. Dat is het geval als het houden van dieren een risico is voor de gezondheid van mensen in de omgeving.

*Gaat deze Minister zich inspannen om ervoor te zorgen dat er een breder juridisch instrumentarium voor zal worden ontwikkeld, zodat niet alleen de dreiging van het vogelgriepvirus wordt aangepakt?*

Er zijn diverse mogelijkheden om maatregelen te nemen, met name op lokaal niveau bij gemeente en provincie, op basis van de Wet Ruimtelijke Ordening, (binnenkort) de Omgevingswet en de Minister van LNV op basis van de Wet dieren.

*Tevens vragen genoemde leden naar de uitvoering van de aangenomen (Handelingen II 2022/23, nr. 7, item 9) motie van het lid Van Esch die de regering oproept om de aanbevelingen van de commissie-Bekedam en van het RIVM, die zien op veedichtheid en afstandsnormen, als kaders mee te geven in de startpakketten aan de provincies, aangezien deze significante ruimtelijke consequenties hebben<sup>105</sup>.*

<sup>103</sup> Kamerstuk 28 807, nr. 269

<sup>104</sup> Bijlage bij Kamerstuk 28 807, nr. 269

<sup>105</sup> Kamerstuk 29 383, nr. 369

Deze motie is afgedaan in de brief «aanbieding provinciaal startpakket fysieke leefomgeving»<sup>106</sup>. In het provinciaal startpakket zijn de grote nationale ruimtelijke opgaven uit de verschillende nationale programma's samengebracht die in de Ruimtelijke Ordeningsbrief zijn benoemd. De motie van het lid Van Esch<sup>107</sup> over de aanbevelingen uit het rapport «Zoönosen in het vizier» en van het RIVM is in deze startpakketten opgenomen.

*Wordt dit in samenhang opgepakt met de voorgenoemde verkenning?*

Dit wordt in samenhang opgepakt.

*Tot slot vragen de leden van de PvdD-fractie naar de stand van zaken met betrekking tot de monitoring van influenzavirussen bij varkens (aangenomen gewijzigde motie van de leden Ouwehand en Tjeerd de Groot<sup>108</sup>).*

Het RIVM voert op dit moment, in samenwerking met de Gezondheidsdienst voor Dieren (Royal GD), Wageningen Bioveterinary Research en Erasmus-MC, een pilot-onderzoek uit waarbij zij een surveillancesysteem opzetten voor het volgen van (veranderingen in) de circulatie van varkensinfluenzavirussen op Nederlandse varkensbedrijven en die deze varkensinfluenzavirussen vergelijken met humane influenzavirussen. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan het opzetten van een database waarin de genoemde partijen de informatie over deze virusstammen laagdrempelig met elkaar kunnen delen. Dit is één van de acties die voortvloeit uit het Nationaal actieplan versterking zoönosenbeleid. De uitkomsten van de pilot worden dit najaar verwacht en vervolgens met de Kamer gedeeld.

*Wordt hierbij ook gekeken naar de aanwezigheid van vogelgriepvirussen in varkensstallen?*

Ik heb bij de opdrachtverlening het RIVM gevraagd om bijzondere aandacht te hebben voor varkens die mogelijk in contact kunnen komen met vogelgriepvirussen, zoals varkens in bedrijven met buitenuitloop en bedrijven waar zowel varkens als pluimvee gehouden worden. In de pilot zal de nadruk liggen op verzameling van influenzavirussen bij varkens.

*Wat gaat de Minister doen met de 143 bedrijven die op dit moment nog zowel varkens als kippen houden, nog los van de vele varkens- en pluimveebedrijven die dicht bij elkaar staan – te dicht volgens de adviezen hierover van het RIVM?*

Ik begrijp de zorgen over het mogelijk vermengen van influenzavirussen tussen vogels, varkens en mensen. Echter heb ik in mijn brief van 1 juni 2022<sup>109</sup> aangegeven dat een meer sluitende onderbouwing gewenst is om een basis te hebben op grond waarvan maatregelen kunnen worden genomen. Hiervoor is meer onderzoek nodig. Het is niet bekend hoe vaak er daadwerkelijk vermenging van virusstammen plaatsvindt, en evenmin of dit vaker voorkomt op bepaalde veehouderijen (bijvoorbeeld gemengde bedrijven of bedrijven met buitenloop). Om informatie te verzamelen over risico's door vermenging van influenzavirussen tussen de verschillende gehouden diergroepen wordt specifiek aandacht besteed aan deze bedrijven in de pilot die is gestart in het kader van het Nationaal Actieplan versterken zoönosenbeleid. In deze pilot wordt een surveillancesysteem opgezet voor het volgen van (veranderingen in) de circulatie van

<sup>106</sup> Kamerstuk 34 682, nr. 107

<sup>107</sup> Kamerstuk 29 383, nr. 369

<sup>108</sup> Kamerstuk 28 807, nr. 258

<sup>109</sup> Kamerstukken 25 295 en 28 807, nr. 1872

varkensinfluenzavirussen op Nederlandse varkensbedrijven en die deze varkensinfluenzavirussen vergelijken met humane influenzavirussen. Zo kan onderzocht worden in hoeverre er inhoudelijke onderbouwing is om hier eventuele maatregelen op in te zetten, ook omdat internationaal gezien griep bij varkens niet meldplichtig is. Tenslotte blijkt uit een nadere analyse dat er 107 locaties zijn waar zowel varkens en pluimvee op een locatie worden gehouden.

*Met de huidige verspreiding van het vogelgriepvirus lijkt een adequaat systeem van monitoring van groot belang. Deelt de Minister die mening?*

We hebben een goed systeem voor monitoring van vogelgriep, zowel in gehouden pluimvee als in wilde vogels. Waar nodig zal dit worden uitgebouwd. Dit wordt onderzocht in het kader van het intensiveringsplan preventie van vogelgriep.

*Komt er een verzaamd programma voor de monitoring van virussen bij gemengde bedrijven?*

Op dit moment kan ik daar nog geen uitspraken over doen. Het onderzoeksconsortium dat op dit moment de pilot naar varkensinfluenza uitvoert zal de Minister van LNV en mij hierover adviseren. Ik verwacht de uitkomsten van deze pilot in het najaar.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie**

*De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Deze leden maken van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen. Wat betekent het dat de Minister voor het beleidsprogramma pandemische paraatheid een periode van vier jaar heeft uitgetrokken? Hoe rijmt dit met de structurele middelen die voor pandemische paraatheid zijn gereserveerd?*

Er is een periode van vier jaar uitgetrokken om het beleidsprogramma op poten te zetten en versterkingen in gang te zetten op de onderwerpen zoals benoemd in de beleidsagenda van april 2022 en in de brief over het beleidsprogramma van november 2022. Hiervoor is een apart programma binnen het Ministerie van VWS opgezet. Na deze periode worden deze activiteiten voortgezet binnen de reguliere kaders van VWS. De versterkingen en investeringen die voortvloeien uit het beleidsprogramma zijn structureel. Ook de wijzigingen in wetgeving en in bredere kaderstelling zijn structureel van aard.

*Genoemde leden juichen het toe dat de Minister vanuit scenario's wil werken voor mogelijke volgende pandemieën. Wanneer kan de Kamer deze scenario's verwachten? Welke aspecten worden erin meegenomen? Deze leden vragen op welke manier bij de uitwerking het advies onder leiding van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) «Coronascenario's doordacht: Handreiking voor noodzakelijke keuzes» uit 2022 wordt betrokken.*

Het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) om scenariodenken toe te passen in het beleid wordt ter harte genomen. Het vormt dan ook een belangrijk instrument in het beleidsprogramma Pandemische paraatheid en zal komende periode verder vorm krijgen. Via het kennisprogramma wil bovendien inzetten op de doorontwikkeling van het instrument.

Momenteel ben ik met het RIVM in gesprek hoe het best in kaart kan worden gebracht wat er qua infectieziekten op ons af kan komen, wat er verder nodig is voor de uitwerking van de scenario's en welke aspecten daarin relevant zijn. Relevante aspecten die bij een eerste inventarisatie zijn geïdentificeerd en mogelijk worden betrokken zijn bijvoorbeeld de transmissieroute, mogelijkheid tot vaccinatie en kwetsbare groepen. Via de voortgangsbrieven over pandemische paraatheid, waarvan de eerstvolgende is voorzien in het najaar van 2023, informeer ik u over de uitkomsten.

*Genoemde leden vragen om de Kamer uitgebreider te informeren over de versterkingen van de infectieziektebestrijding die in het plan van aanpak 2023–2024 staan, meer dan de vijf thema's die in de brief worden genoemd. Worden met dit plan van aanpak alle kwetsbaarheden weggewerkt? Zo niet, welke niet? Welke afwegingen leiden tot deze keuze?*

Het plan van aanpak «*Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en*» zorgt dat GGD'en een belangrijke stap kunnen zetten om de basis van de infectieziektebestrijding op orde te brengen om goed bij te kunnen dragen aan de opschaling tot de landelijke operatie in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel. Bijgevoegd treft u het volledige plan van aanpak (bijlage 2).

In het plan van aanpak worden activiteiten beschreven op het gebied van behoud van opgedane kennis en ervaring tijdens de COVID-19-pandemie binnen de GGD'en. Daarnaast is één van de activiteiten uit het plan gericht op surveillance en monitoring om lokale uitbraken sneller te signaleren, effecten van bestrijding te evalueren en preventie-activiteiten te richten op specifieke risicogroepen en gebieden binnen de regio om zo proactief beleid op maat te voeren.

Het plan van aanpak is onder andere gebaseerd op de evaluatie van het Verwey-Jonker instituut «*Versterking van de publieke gezondheid*» van juni 2021 (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1297), en op de geleerde lessen en opgedane kennis bij de GGD'en met betrekking tot de bestrijding van de COVID-19-pandemie. In de jaren 2023 en 2024 werken de GGD'en aan het wegwerken van de eerste kwetsbaarheden in de infectieziektebestrijding. Vanaf 2025 is het kabinet voornemens structureel te investeren in de GGD'en zodat zij, in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel, in staat zijn adequaat en snel op de schalen. Een van de bouwstenen voor de structurele investeringen is het nu lopende onderzoek naar de vraag of de 25 GGD regio's voldoende geëquipeerd zijn voor hun wettelijke werkzaamheden.

Op basis van de conclusies van de onderzoeken van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid naar de aanpak van de coronacrisis, het rapport van het Verwey-Jonker instituut naar geleerde lessen, en de ervaring en kennis van de GGD'en in de bestrijding van de corona pandemie heeft het kabinet besloten incidentele middelen in te zetten ter versterking van infectieziektebestrijding bij de GGD'en. Voor structurele investeringen ben ik in afwachting van het onderzoek naar de vraag of de 25 GGD-regio's voldoende geëquipeerd zijn voor hun wettelijke werkzaamheden en voer ik gesprekken met stakeholders.

*De leden van de ChristenUnie-fractie lezen met instemming dat een onderdeel van de in te richten LFI, grootschalig testen is. Neemt het RIVM daarin de laatste inzichten en ervaringen mee over effectieve grootschalige testvormen die nog niet op grote schaal zijn toegepast in Nederland?*

In september jl. is bij het RIVM een programmaorganisatie ondergebracht om de LFI op te bouwen. In deze programmaorganisatie zijn ontwerpteams bezig aan de inrichting van de toekomstige LFI-processen, zoals grootschalig testen. Ontwerpteams zijn multidisciplinaire teams met experts van onder andere RIVM, de GGD'en, GGD GHOR Nederland, VWS en de LCCB. Zij nemen in hun voorstellen en onderzoek lessen uit de COVID-19-pandemie uit binnen- en buitenland mee.

*Hoe worden evaluaties in omliggende landen betrokken voor het goed inrichten van de LFI?*

Het verdiepen in andere landen scherpt de gedachtevorming en afwegingen bij verandervoorstellen die passen in de Nederlandse context. Bij het vormgeven van ons stelsel en vernieuwingen daarin wordt daarom goed gekeken naar evaluaties en ontwikkelingen in andere landen. Onder andere de evaluaties over de aanpak in Groot-Brittannië, Zweden en Denemarken worden bestudeerd en betrokken in het kader van de kennisprogrammering van het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid. Ook in adviesaanvragen van het Ministerie van VWS wordt gevraagd internationale inzichten te betrekken. In internationaal verband worden vele uitwisselingen georganiseerd, waaronder ambtelijke werkbezoeken aan Duitsland en de Verenigde Staten over de inrichting van de organisatie voor de pandemiebestrijding. Ook is het beleidsprogramma pandemische paraatheid betrokken bij conferenties over pandemische paraatheid, zoals bijvoorbeeld bij de Health Security in the EU Conference in Luxemburg in november jl. Tot slot, wordt er ook in de inrichting van de LFI gekeken naar internationale ervaringen.

*Wanneer verwacht de Minister de tweede en derde tranche van de wijziging van de Wpg aan de Kamer aan te bieden?*

Het streven is de tweede tranche van de aanpassing van de Wpg voor de zomer van 2023 aan uw Kamer aan te bieden. Dit voorjaar informeer ik uw Kamer over de planning van volgende tranches. Ik zal daarbij ook nader ingaan op de 3<sup>e</sup> tranche. Vooruitlopend op deze planningsbrief kan ik zeggen dat het thema voor de derde tranche herziening Wpg is: het waar nodig optimaliseren van elektronische gegevensuitwisseling en het verduidelijken, wijzigingen of aanvullen van de benodigde juridische grondslagen uiteraard binnen de kaders van de Avg. Met de nadere uitwerking hiervan is al gestart.

*Hoe verhoudt zich dit tot de verdere wetgevingsvoornemens van dit kabinet inzake de actualisatie van het crisisrecht?*

Op 6 december jl. is door de Minister van Justitie en Veiligheid het kader met algemene uitgangspunten voor de inrichting van het (staats)nood- en crisisrecht naar uw Kamer gestuurd. Hierin wordt aangegeven dat het kabinet zal werken aan een interdepartementale routekaart voor de modernisering van het staatsnoodrecht. Dit kader moet ervoor zorgen dat een zekere mate van consistentie geborgd blijft tijdens de gefaseerde aanpassing van de wetgeving. Pas nadat de aanpassingen van het bredere (staats)nood- en crisisrecht zijn afgerond wordt bezien of er nog aanpassingen van de Wpg benodigd zijn t.b.v. consistentie.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de aangekondigde ruim € 3,5 miljoen structureel beschikbaar is voor de opleidingscapaciteit voor artsen infectieziektebestrijding en of dit voldoende is voor de geraamde 23 arbeidsplekken per jaar. Daarnaast vragen deze leden welke inspanningen worden verricht om de animo voor het volgen van deze specialisatie bij studenten geneeskunde te vergroten. Zij vragen of de Minister in*

*beeld heeft hoe het komt dat de animo tot nu toe minder lijkt voor deze en andere specialisaties richting de eerstelijns. Zo ja, kan de Minister dit toelichten? Zo nee, is de Minister bereid met snelheid hiertoe onderzoek te doen ten einde passend beleid te ontwikkelen?*

Er is structureel 3,7 miljoen beschikbaar voor het opleiden van artsen infectieziektebestrijding. Helaas blijft de instroom in een aantal opleidingen voor de extramurale vakgebieden achter bij hetgeen wat er nodig is volgens raming van het Capaciteitsorgaan. Dit is zorgelijk, nu de verschuiving van zorg in het ziekenhuis, naar zorg buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Om instroom te verhogen is het noodzakelijk dat er in de geneeskundeopleiding meer aandacht komt voor beroepen buiten het ziekenhuis zodat studenten hier eerder kennis mee maken. Er ligt een taak bij de werkgevers, beroepsgroepen en opleiders om te werken aan de populariteit van het werken als arts buiten het ziekenhuis om de instroom in de opleidingen waar nodig te bevorderen. Ik steun het gesprek dan ook tussen partijen over oplossingen voor de tekorten zijn op korte en op lange termijn.

*Op welke aantallen studenten voor de opleiding BAZ rekent de Minister voor de komende jaren? Is het bedrag dat voor deze opleiding gereserveerd wordt voldoende voor de vraag naar flexibel inzetbaar personeel, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.*

Tot 1 juli 2022 konden zorginstellingen gebruik maken van de Subsidieregeling Opschaling Curatieve Zorg COVID-19 voor vergoeding van deelname van hun medewerkers aan de verkorte opleiding Basis Acute Zorg (BAZ). Naar aanleiding van de kabinetsreactie op het advies van de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners<sup>110</sup> wordt subsidiëring van de opleiding Basis Acute Zorg (BAZ) verlengd. Er wordt een subsidieregeling opgezet die voorziet in een vergoeding aan opleidende zorginstellingen per student die start met de BAZ-opleiding na 1 juli 2022 en de opleiding met een certificaat afrondt voor 1 oktober 2023. Met het beschikbare budget à 20 mln. euro is er ruimte om ruim 1000 deelnemers op te leiden. Het bedrag van maximaal 20 mln. euro (ruim 1000 opleidingsplekken) is afgestemd met de NVZ en NFU en wordt ruim voldoende geacht kijkend naar de huidige vraag en geschatte toekomstige vraag naar concrete deelname aan de BAZ-opleiding.

Zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) verkent VWS samen met de NZa, NFU, NVZ, V&VN en CZO specifiek voor de verpleegkundige vervolgoopleidingen of de bekostiging via beschikbaarheidsbijdragen per 2024 aangesloten kan worden op de recent aangepaste modulaire inrichting van de opleidingen. Bij een positieve uitkomst van deze verkenning, zal ook vergoeding van de BAZ-opleiding hierin meegenomen worden.

*Welke inspanningen gaat de Minister verrichten als het aantal studenten in de opleiding BAZ of instroom bij de NZR achterloopt op de verwachtingen en ambities?*

Tijdens het gehele traject is er afstemming tussen het Ministerie van VWS en de betrokken sectorpartijen (NVZ en NFU voor de BAZ en de Stichting Extra Zorg Samen voor NZR) en kan waar nodig gezamenlijk ingegrepen worden. Het voornemen is om de BAZ-subsidie in 2 fases open te stellen. De tussenevaluatie na de eerste fase biedt in dat geval de mogelijkheid om de benutting van het beschikbare budget te monitoren en indien

<sup>110</sup> Kamerstuk, 25 295, nr. 1883

nodig aanvullende actie te ondernemen. Bijvoorbeeld via actieve werving om de aantallen deelnemers te verhogen.

Ten aanzien van de NZR geldt dat er continue aandacht is voor de instroom. Zo heeft EZS zowel vorig jaar als dit jaar een landelijke campagne gevoerd voor de werving van nieuwe reservisten en het vergroten van de naamsbekendheid van de NZR, daarnaast verricht zij andere wervingsactiviteiten zoals het coördineren van opleidingen en trainingen van zorgreservisten, het creëren van een online-community voor reservisten en het organiseren van de landelijke reservistendag. Verder werkt EZS constant aan het verbeteren van administratieve processen, zodat aanmelding, koppeling en inzet van zorgreservisten zo soepel mogelijk verloopt. De inspanningen om meer reservisten te werven worden daarmee onverminderd voortgezet, maar het opbouwen van een solide, professioneel en bekwaam reservistenbestand vergt tijd.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of zij het goed lezen dat ten aanzien van de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers de Minister niet extra inzet op het toerusten en ondersteunen van mantelzorg en vrijwilligerswerk ten tijde van een pandemie. Als dit zo is, dan zouden deze leden dat zeer betreuren en zij moedigen de Minister aan om in het uitwerken van scenario's de rol van informele zorg te betrekken en te doordenken welke extra ondersteuning informele zorgverleners nodig hebben als er een pandemie heerst.*

In het kader van het Integraal Zorgakkoord, het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen en het Gezond en Actief Leven Akkoord zijn afspraken gemaakt tussen gemeenten (sociaal domein), verzekeraars, aanbieders en het Ministerie van VWS over een sterke aanpak en samenwerking voor kwalitatieve zorg die houdbaar is naar de toekomst toe. De bijdrage die de sociale basis (o.a. mantelzorgers en vrijwilligers) daar aan kan leveren en de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn, zijn integraal meegenomen in deze afspraken. Een brede specifieke uitkering is uitgewerkt waarmee gemeenten in staat worden gesteld om deze integrale visie en aanpak door te vertalen naar het lokale niveau. Dit is voor het kabinet de kapstok voor de investeringen die deze kabinetsperiode gedaan worden op o.a. het verbeteren van de mantelzorgondersteuning, de aanpak eenzaamheid, versterken van de sociale basis en verbetering van de leefomgeving om sociale, mentale en fysieke gezondheid te bevorderen. Zodoende wordt het gehele sociale domein beter toegerust en versterkt. Waardoor ook tijdens een pandemie de zorg van naasten en ondersteuning van de omgeving beter op orde is. Met andere woorden kan gesteld worden dat via het meer reguliere beleid vanuit VWS, in samenwerking met het veld, gebouwd wordt aan de versterking (van de infrastructuur) van de (brede) sociale basis, waar veelal mantelzorgers en vrijwilligers de belangrijkste ondersteunende krachten zijn.

*Genoemde leden vragen bovendien wat de Minister bedoelt met de zinsnede over het belang van de betrokkenheid van gemeenten, vrijwilligers en mantelzorgers in de infrastructuur van pandemische paraatheid. Kan de Minister dit verder uitwerken?*

We hebben tijdens de crisis gezien dat het voor iedereen soms zoeken was hoe opschaling ten tijde van een crisis (precies) werkt. Ondersteuning en zorg vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid, maar ook informele zorg (vrijwilligers en mantelzorgers) kent weinig tot geen landelijke regie, om in normale tijden maximaal maatwerk mogelijk te kunnen maken (de gedecentraliseerde wetgeving is zo ook vormgegeven). Echter, we hebben gezien dat in tijden van crisis een bepaalde landelijke regie op zorg en

ondersteuning van groot belang is en daarbij is het van belang gemeenten, vrijwilligers en mantelzorgers te betrekken, zodat iedereen weet hoe we de crisisinfrastructuur hebben ingericht, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is, maar ook dat we vanuit die landelijke regie weten wat wel en niet werkt op lokaal niveau en bij de mensen thuis.

*Zij vragen tevens om meer waardering voor en betrokkenheid van het maatschappelijk middenveld, zoals in de coronatijd de kerken, bibliotheken en het Leger des Heils heel veel hebben betekend.*

De overheid heeft ten tijde van de crisis constant kunnen rekenen op de expertise, flexibiliteit, maar ook creativiteit van het maatschappelijke middenveld. Bibliotheken, dorps- en buurthuizen, ontmoetingscentra, kerken, organisaties als het Leger des Heils en het Rode Kruis hebben ons consequent bijgestaan om zorg, ondersteuning en sociaal contact mogelijk te maken. Die waardering voor het maatschappelijk middenveld hebben we tijdens de coronacrisis ook in persconferenties en in uitingen van de rijksoverheid uitgesproken.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister of in het onderdeel sturing en regie ook wordt uitgewerkt wat er toen staat als de zorgcapaciteit niet toereikend is: de zogenaamde code rood of zwart. Deze leden vinden het belangrijk dat ethische afwegingen zijn uitgewerkt in scenario's, zodat als de crisis oploopt afgewogen keuzes gemaakt kunnen worden welke zorgvragen voorrang krijgen en welke uitgestelde zorg en bijbehorende gezondheidsschade te verantwoorden is.*

Zoals al is onderschreven in de kabinetsreactie op het WRR-rapport van 3 juni jl., is het realiseren van houdbare zorg niet alleen een opdracht aan de zorg, maar vergt dit ook een heroriëntatie op de verwachtingen die we als maatschappij van de zorg hebben<sup>111</sup>. Het kabinet wil verkennen in hoeverre de maatschappelijke verwachtingen over de reikwijdte van de zorg uiteen open. Het kabinet wil daartoe in samenspraak met de samenleving en het zorgveld nader verkennen op welke wijze in tijden van langdurige schaarste – die niet alleen met regels en middelen bestreden kan worden – zorg op een zo rechtvaardig mogelijke wijze geleverd kan worden, welke uitgangspunten daarbij in het geding zijn en welke keuzes daarbij dienen te worden gemaakt. In het in januari 2023 te verschijnen signalement «Code Rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg», heeft het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) ethische denkrichtingen en strategieën aangedragen die een dergelijke verkenning kunnen ondersteunen. Ook is met het Integraal Zorgakkoord een belangrijke stap gezet om samen met het zorgveld de toegankelijkheid van zorg, ook in tijden van schaarste, te borgen<sup>112</sup>. Met de twaalf ondertekenende zorgpartijen zijn concrete afspraken gemaakt om de beweging naar passende zorg in te zetten en daarmee de zorg ook in de toekomst houdbaar te houden.

*Ten aanzien van de productiecapaciteit van geneesmiddelen en hulpmiddelen vragen genoemde leden of de Minister aan kan geven welke productiecapaciteit wat de Minister betreft in Nederland moet plaatsvinden en welke in Europa. Zij vragen tot welke strategische agenda dat verder leidt.*

Allereerst is het niet mogelijk om in Nederland alles zelf te produceren. Daarom zet ik binnen de EU in op het vergroten van de productiecapaciteit en de open strategische autonomie. Ik kan op dit moment nog niet

<sup>111</sup> <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorgen> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 192.

<sup>112</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 655

aangeven welke productiecapaciteit in Nederland en welke in Europa beschikbaar moet worden gehouden. In mijn Kamerbrief over de onderzoeken met betrekking tot de leveringszekerheid van medische producten<sup>113</sup> heb ik uw Kamer wel recent geïnformeerd over de stappen die ik zet, zowel nationaal als in Europees verband, om hier meer zicht op te krijgen. Ik volg hier meerdere sporen.

Kort samengevat verken ik op nationaal niveau of we kunnen identificeren welke essentiële medische producten specifiek voor Nederland kwetsbaar zijn en breng ik de bestaande productiecapaciteit van geneesmiddelen in ons land in kaart. Daarnaast ben ik Europees actief betrokken bij HERA waar Nederland samen met andere EU lidstaten stappen zet om medische producten die essentieel zijn bij een volgende (gezondheids)crisis in kaart te brengen en op basis daarvan te bepalen op welke manier voldoende beschikbaarheid voor deze essentiële producten het beste geborgd kan worden. Een Europese aanpak is hierbij cruciaal, gezien het grote aantal geregistreerde geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, en de mondiale infrastructuur van productie- en toeleveringsketens. Ten aanzien tot de vraag tot welke strategische agenda dit leidt, verwijs ik u graag naar mijn brief van 13 december 2022<sup>114</sup>.

*De leden van de ChristenUnie-fractie steunen de Minister in zijn voornemens rondom de kennisprogramma's. Zij zien in het bijzonder het nut van het nieuwe programma bij de RIVM dat specifiek gericht is op gedragsinzichten tijdens pandemieën, waarbij bijzondere aandacht uitgaat naar kwetsbare groepen. Zij vragen de Minister de Kamer hierover te informeren en opgedane kennis ook een plek te laten geven in het Maatschappelijk Impact Team (MIT).*

Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd zal ik u voor de zomer van 2023 informeren over de stand van zaken omtrent onderzoek naar gedragsinzichten. Ik zal daarbij ook ingaan op het kennisprogramma dat ik hierover heb uitgezet bij de Gedragsunit van het RIVM. Opgedane kennis in dit kader krijgt een plek in het MIT via de vaste adviseur vanuit de Gedragsunit.

*Ten aanzien van innovatieve oplossingen vragen deze leden of de Minister voornemens is in de innovatieve agenda de doorontwikkeling van testmethoden mee te nemen. Deze leden vinden het belangrijk dat naast investeringen in de ontwikkeling van vaccins ook geïnvesteerd wordt in testen.*

Dat kan ik op dit moment nog niet zeggen. Dit onderwerp wordt wel betrokken bij de verkenning voor een innovatieagenda.

*De leden van de ChristenUnie-fractie zien het grote belang van Europese en mondiale samenwerking bij grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Zij zien dat Nederland een duidelijke verantwoordelijkheid heeft om bij te dragen aan preventie, productie, kennisdeling en verdeling van genees- en hulpmiddelen aan derdewereldlanden. Zij tellen de jaarlijkse financiële bijdragen op tot dertien miljoen euro op dit terrein. Klopt dit? Deze leden vragen of deze bijdrage in verhouding staat met de totale financiële ruimte voor pandemische paraatheid, gelet op de ongelijke verdeling van toegang tot goede zorg en op het welbegrepen eigenbelang van Nederland om mondiale verspreiding van een virus te voorkomen.*

---

<sup>113</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

<sup>114</sup> Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

Het is mij niet helemaal duidelijk waar de leden van de CU deze berekening op baseren. Direct gerelateerd aan pandemische paraatheid is mijn totale bijdrage op dit moment 17 miljoen euro. Zo draag ik 12 miljoen bij aan via CEPI (een reeks van 3 miljoen per jaar voor vier jaar) en een eenmalige bijdrage van 5 miljoen euro aan het Pandemic Fund (eerder FiF-PPR genoemd). Het Ministerie van Buitenlandse Zaken (ODA middelen) draagt hier ook 5 mln. euro aan bij. Verder is er via de Europese Unie ook een bijdrage van 500 miljoen euro aan het Pandemic Fund toegezegd. Deze Nederlandse bijdragen aan CEPI en het Pandemic Fund moeten ook gezien worden in het mondiale perspectief. In december 2022 was de toezegging voor bijdragen aan het Pandemic Fund 1,6 miljard dollar door 25 donoren.

Daarnaast zijn ook gelden via de begroting van de Minister van BHOS beschikbaar voor productie, kennisdeling en verdeling van genees- en hulpmiddelen aan derdewereldlanden. Tot slot is mijn inzet ruimer dan directe financiële bijdragen aan derde landen. Zo zal ons land in nauwe samenwerking met de WHO komend jaar het tweede World Local Production Forum organiseren. En om ervoor te zorgen dat de WHO haar leidende rol in de mondiale gezondheidsarchitectuur kan blijven vervullen, ook tijdens een grensoverschrijdende gezondheids crisis, heb ik tijdens de World Health Assembly van de WHO in voorjaar 2022 gepleit voor het structureel verbeteren van de financiering van de WHO. Concrete plannen hiertoe zullen tijdens de volgende World Health Assembly voorliggen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep van Haga-fractie**

*De leden van de Groep Van Haga hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot het beleidsprogramma pandemische paraatheid en hebben een aantal vragen. Genoemde leden willen graag geïnformeerd worden over de manier waarop en door wie toezicht wordt gehouden op de financiële middelen die worden uitgetrokken voor het versterken van de pandemische paraatheid*

Uw Kamer krijgt via de reguliere begrotingscyclus voorstellen voorgelegd over de inzet en besteding van de middelen voor pandemische paraatheid en houdt toezicht op de uitvoering van de begroting. De brief van 4 november over pandemische paraatheid<sup>115</sup> geeft een beleidsmatige toelichting op de bestedingen tot dusver. U zult jaarlijks worden geïnformeerd over de voortgang van het beleidsprogramma en de bijbehorende bestedingen. Uitgangspunt is ten alle tijden, ook tijdens een nieuwe pandemie, dat uitgaven verantwoord kunnen worden. VWS controleert uiteraard ook zelf de besteding van middelen die het aan andere partijen toekent voor uitvoering van opdrachten zoals onderzoek, advisering, etc.

*Tijdens de coronacrisis is gebleken dat vele uitgaven naderhand niet konden worden verantwoord. Hoe gaat gegarandeerd worden dat nu wel alle bonnetjes worden bewaard en hoe worden deze bedragen gedekt?*

U zult via de reguliere begrotingsmomenten en jaarlijks per brief worden geïnformeerd over de voortgang van het beleidsprogramma en de bijbehorende bestedingen. De bestedingen zijn niet van die aard dat er sprake is van declaraties via bonnen. Uitgangspunt is ten alle tijden, ook tijdens een nieuwe pandemie, dat uitgaven verantwoord kunnen worden. VWS controleert uiteraard ook zelf de besteding van middelen die het aan

<sup>115</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1965

andere partijen toekent voor uitvoering van opdrachten zoals onderzoek, advisering, etc.

*Voorts vragen deze leden wat gaat gebeuren met de miljoenen die in 2023 en 2024 worden gespendeerd aan de inrichting van een LFI.*

Zoals benoemd in de Kamerbrief van 4 november 2022<sup>116</sup>, is er reeds structureel 10,9 mln. euro per jaar toegekend voor de inrichting en de uitvoering van de LFI. Daarnaast zijn er in augustusbesluitvorming jl. incidentele middelen voor het jaar 2023 toegekend aanvullend op de bestaande structurele middelen<sup>117</sup>. De middelen worden onder andere gebruikt voor ontwerpen van LFI-functies zoals de scenario-functie en het uitbreiden van aansluiting van de GGD'en, RIVM en andere betrokken organisaties op de programmaorganisatie LFI. Ook zijn er middelen gereserveerd voor het opstellen van minimumeisen (kaderstelling) waaraan de werkprocessen van GGD'en moeten voldoen zodat medisch-operationele processen opschaalbaar zijn. Er wordt met deze middelen ook bijgedragen aan de organisatorische inrichting van de LFI in de RIVM-organisatie als wel het beleidsmatig, juridisch en financieel verankeren van de LFI. Het organiseren van het proces van werving & selectie om de LFI-functies te bemensen en het organiseren van de interne en externe communicatie, worden ook bekostigd uit deze middelen.

*Wat gaat dit LFI precies doen? Wat betekent de «coördinerende rol» die dit orgaan zal spelen bij een «volgende pandemie» en de «snelle opschaling en aansturing van medisch operationele processen»?*

Zoals beschreven in het door ministerraad overgenomen LFI Advies<sup>118</sup> en benoemd in de Kamerbrief van 4 november 2022<sup>119</sup>, krijgt de LFI twee taken. Ten eerste zal de LFI, namens de Minister van VWS, bij een nieuwe pandemie zorgen voor snelle opschaling en aansturing van de medisch-operationele processen bij de GGD'en (via de directeuren Publieke Gezondheid). Denk daarbij aan het kunnen voorkomen van verspreiding van de ziekte door grootschalig testen, traceren en vaccineren en communicatie richting het publiek over de ziekte. Ook kan de LFI dan centraal logistieke voorzieningen organiseren, bijvoorbeeld gezamenlijk klantcontact. Deze coördinerende rol is noodzakelijk om op landelijk niveau slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar te kunnen handelen. Ten tweede voert de LFI in de koude fase de centrale regie op de voorbereiding van een pandemie zodat in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact snel opgeschaald kan worden. Hoe de twee taken van de LFI precies zullen worden vormgegeven, wordt momenteel door de programmaorganisatie LFI uitgewerkt.

*Wie/wat gaan deel uitmaken van dit LFI?*

De LFI wordt ondergebracht bij het RIVM. Zowel tijdens als in de voorbereiding op een pandemie wordt er door de LFI nauw samengewerkt met onder andere de GGD'en, de veiligheidsregio's, de VNG en andere onderdelen van het RIVM. Zoals beschreven in het LFI advies<sup>120</sup>, organiseert de LFI de voorbereidende randvoorwaarden die nodig zijn voor de medisch-operationele taken, zoals een generieke infrastructuur (bijvoorbeeld een goed werkende IV/ICT die aansluit op de reguliere infectieziektebestrijdingsprocessen), randvoorwaarden vereist voor de medisch-

<sup>116</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1965

<sup>117</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1964

<sup>118</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

<sup>119</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1965

<sup>120</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

operationele taken (zoals een centrale inkoop, logistieke waakvlamcontracten), monitoring, uniforme communicatie en scenario-ontwikkeling.

*Waarom maakt het instrumentarium van testen, traceren en vaccineren in het beleidsprogramma bij voorbaat deel uit van de strategie van de LFI? Betekent dit dat er wordt voortgeborduurd op de COVID-19-strategie van de afgelopen jaren en zal een dergelijke aanpak voortaan bij alle uitbraken van (nieuwe) infectieziekten worde gezien?*

Zoals beschreven in het door ministerraad overgenomen LFI Advies<sup>121</sup> zijn deskundigen het eens dat er, ongeacht welke infectieziekte potentieel zal leiden tot een pandemie, altijd activiteiten nodig kunnen zijn op het gebied van:

- het grootschalig testen van mensen ten behoeve van diagnostiek en behandeling, het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het grootschalig uitvoeren van bron- en contactonderzoek, vanwege het doorbreken van transmissieketens en monitoring;
- het, indien voorhanden, grootschalig vaccineren van mensen of het grootschalig distribueren van geneesmiddelen om verspreiding en ziektelast te verminderen.

De lessen en evaluaties van de COVID-19-pandemie, internationale analyses en de consultatie van het netwerk vormen nu een belangrijke basis voor de beleidsagenda pandemische paraatheid en de op- en inrichting van de LFI. Tegelijkertijd geldt dat een volgende pandemie anders van aard kan zijn en om een eigen aanpak vraagt. In voorbereiding hierop zijn scenario's een belangrijk instrument om inzichtelijk te krijgen wat nodig is in de zorg en welke aanvullende acties wenselijk zijn zodat de zorg beter voorbereid, wendbaar en opschaalbaar is tijdens een pandemische uitbraak. Zoals in de beleidsagenda pandemische paraatheid<sup>122</sup> geschetst, staan in deze aanpak in ieder geval de volgende uitgangspunten centraal: het kabinet streeft ernaar om slagvaardig, wendbaar en opschaalbaar te zijn, waardoor Nederland snel kan inspelen op wat er bij een uitbraak nodig is. Hierbij richt onze aanpak zich specifiek op de zorg en de infectieziektebestrijding, maar wel nadrukkelijk vanuit het streven naar het beperken van ziektelast én het minimaliseren van maatschappelijke en economische schade.

*Waarom gaat het LFI worden aangestuurd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Is het niet beter om dit orgaan te laten aansturen door een onafhankelijke partij, met expertise op het gebied van infectiebestrijding? Zo nee, waarom niet?*

gezondheid reeds de taak om leiding te geven aan de bestrijding van een pandemie met een A-infectieziekte. Daarbij kan de Minister van VWS de voorzitters van de Veiligheidsregio's met opdrachten aansturen. In de voorgenomen Tweede Tranche wijziging Wpg wordt deze sturingsbevoegdheid aangevuld met een sturingsbevoegdheid rechtstreeks op de Directeuren Publieke Gezondheid. Deze sturing ziet op de medisch-operationele processen die tijdens een pandemie worden uitgevoerd door de GGD'en. De voorgestelde wijziging is in lijn met de aanbevelingen over de nationale crisisstructuur uit het eerste deelonderzoek Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020» van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV)<sup>123</sup>. De voorgenomen sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS, via de LFI, op de dPG'en van de GGD'en is nodig om

<sup>121</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

<sup>122</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1836

<sup>123</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1827

tot een snelle uitvoering van (grootschalige) medisch-operationele processen te komen tijdens een pandemie. De consultatieprocedure van het wetsvoorstel tweede tranche wijziging Wpg die eind december 2022 startte, zal op 3 februari 2023 worden afgesloten. Het wetsvoorstel zal naar verwachting voor de zomer worden aangeboden aan de Tweede Kamer. Daarbij komt dat de medisch operationele rol van de LFI ten tijde van een pandemie, gescheiden georganiseerd wordt van de onafhankelijke wetenschappelijke adviestaken van het RIVM, zoals de adviserende rol van het OMT.

*Hoe en door welke onafhankelijke partij worden het beleid en de overstijgende bevoegdheid en besluitvorming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die verankerd moet worden in de Wpg, bij een volgende pandemie getoetst?*

Het is aan de beide Kamers om controle uit te oefenen op het werk en wetgeving van het kabinet en de Minister van VWS, ook in tijden van een pandemie.

*Ook vragen de leden van de Groep Van Haga op welke manier de miljoenen die begroot zijn voor het structureel versterken van de GGD'en precies worden besteed en willen zij graag inzichtelijk hebben wat het versterkingsprogramma voor GGD'en precies inhoudt. Worden opnieuw en/of in het geval van een nieuwe infectieziektebedreiging vele nieuwe medewerkers aangetrokken, zoals bij de coronacrisis het geval was, terwijl voor hen op vele momenten helemaal niet genoeg werk was?*

Voor de uitvoering van de activiteiten uit het plan van aanpak «Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en» heeft het kabinet incidentele middelen beschikbaar gesteld. In 2023 37 mln. euro en in 2024 38 mln. euro.

Bijgevoegd treft uw Kamer het plan van aanpak aan met daarin een uitgebreide toelichting op de activiteiten (bijlage 2). Voor de precieze besteding van de middelen voor de uitvoering van de diverse activiteiten komt de Regeling specifieke uitkering versterking GGD'en beschikbaar voor de jaren 2023 en 2024. Na instemming met de VWS begroting door de Eerste Kamer wordt de regeling met toelichting in de Staatscourant gepubliceerd. De verdeling van de middelen over de GGD regio's is in hoofdzaak gebaseerd op:

1. het totale aantal inwoners in de betreffende regio plus een vast bedrag;
2. het aantal regionale samenwerkingsverbanden voor infectieziektebestrijding;
3. het aantal academische werkplaatsen infectieziektebestrijding in de betreffende regio.

Het kabinet investeert in de komende jaren in versterking van de infectieziektebestrijding bij de GGD'en, zodat zij beter bij kunnen dragen aan de preventie en detectie van infectieziekten en aan opschaling in geval van een infectieziekte met pandemisch potentieel. Hierbij gaat het voornamelijk om een investering in bestaande en nieuwe mensen. Het gaat dan om medewerkers met reguliere taken op het gebied van infectieziektebestrijding zoals artsen, verpleegkundigen maar ook dataspecialisten. Daarnaast zal de LFI tijdens een bestrijding van een nieuwe A- infectieziekte sturing geven aan een snelle opschaling van testen, traceren en vaccineren. Hierbij zal onder andere gewerkt worden met waakvlamcontracten voor de inhuur van personeel. Op deze manier wordt personeel op een gecoördineerde manier ingezet ten behoeve van het snel en efficiënt kunnen opschalen ten tijde van een pandemie.

*Ook willen genoemde leden graag weten waarom de Minister het noodzakelijk acht om in de tweede tranche van de wijziging van de Wpg verregaande overkoepelende bevoegdheden voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de GGD'en te verankeren. Betekent dit dat de GGD'en zelf geen zeggenschap meer hebben over hun procesvoering en bestuur?*

De GGD'en zijn van groot belang voor een effectieve pandemiebestrijding en blijven zelf verantwoordelijk voor infectieziektenbestrijding, hun bedrijfsvoering en organisatie onder aansturing van hun gemeentelijke besturen. Met een tweede tranche wijziging van de Wet publieke gezondheid wordt een directe sturingsbevoegdheid van de Minister, via de LFI, op de dPG van de GGD voor de medisch operationele processen tijdens een pandemie en het informeren van de voorzitter veiligheidsregio daarover wettelijk geborgd. Het gaat dan slechts om medisch-operationele taken zoals grootschalig testen of vaccineren. Ook wordt voorzien in een grondslag om uniformerende regels te kunnen stellen aan de GGD'en om beter voorbereid te zijn voor opschaling tijdens een pandemie. Hierin is er ruimte behouden voor regionale verschillen evenals de autonomie van GGD'en waar dat nodig of nuttig is. De voorgenomen Tweede Tranche Wpg brengt geen verandering in de taken en verantwoordelijkheden van de GGD'en, en ook niet in hun bestuurlijke inrichting. De voorgenomen wetswijziging is in lijn met de aanbevelingen over de nationale crisisstructuur uit het eerste deelonderzoek Aanpak coronacrisis – Deel 1: tot september 2020» van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV).<sup>124</sup> De kaderstelling is nodig om in de voorbereiding op als wel tijdens een uitbraak van een A-infectieziekte met landelijk impact slagvaardig te kunnen handelen en snel op te kunnen schalen. Zoals aangegeven in het LFI-advies dat op 3 juni 2022 werd meegezonden met de brief over de instelling van de LFI<sup>125</sup>, wordt de noodzaak van centrale regie en sturing tijdens een pandemie en van uniformerende kaderstelling breed ondersteund. Bij de totstandkoming van het wetsvoorstel Tweede Tranche wijziging Wpg zijn onder meer ook de GGD'en, GGD GHOR Nederland en de VNG betrokken.

*Daarnaast willen deze leden graag een uiteenzetting van de manier waarop de beoogde nieuwe ICT-systemen en informatievoorzieningen worden ingezet en zullen bijdragen aan de pandemische paraatheid. Waarom zijn de huidige ICT-systemen niet toereikend en op welke manier wordt de (medische) privacy van burgers in deze nieuwe infrastructuur geborgd?*

Uit eerste en naderende analyses die uitgevoerd zijn tijdens de COVID-19-Pandemie (Gateway review, advies LFI, wijziging vaccinatiestelsel<sup>126</sup>) én gevoed door de ervaring van betrokkenen tijdens de COVID-19-pandemie – vanuit zowel GGD GHOR Nederland, de GGD'en als het RIVM, blijkt sprake te zijn van een stevige discrepantie tussen het huidige informatievoorzieningslandschap (IV-landschap) in het domein van de infectieziektebestrijding (IZB) aan de ene kant, en datgene wat nodig is om goed voorbereid te zijn voor een volgende (pandemische) uitbraak. Daartoe zijn door de genoemde partijen inmiddels enkele kaderstellende eisen geformuleerd – ook de LFI-eisen ten aanzien van IV en ICT zijn daarin meegenomen – die de paraatheid van het beoogde IV-landschap in het IZB-domein in termen van ondermeer schaalbaarheid, wendbaarheid én de betrouwbaarheid borgen.

<sup>124</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1827

<sup>125</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1875

<sup>126</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1179

In tijden van een crisis is de factor tijd allesbepalend. Om in de toekomst ook op het vlak van IV paraat te zijn, en professionals, beleidsmakers en burgers digitaal optimaal te ondersteunen bij het bestrijden van een (pandemische) uitbraak is het van belang dat systemen schaalbaar, wendbaar en robuust zijn. Door de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding zijn deze inmiddels uitgewerkt in concrete eisen waaraan het beoogde pandemisch parate IV-landschap moet voldoen. Door deze eisen nu – in een koude fase – mee te nemen bij de ontwikkeling van het nieuwe IV-landschap, hebben we er later – in een onverhoopte warme fase – profijt van. Immers, op basis van dergelijke eisen realiseren we een IV-landschap dat dagelijks door professionals in het IZB-domein gebruikt kan worden, maar ook klaar staat voor opgeschaald gebruik.

*Wat wordt precies bedoeld met een «pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap»? Kan het advies van de KPMG hierover worden gedeeld?*

In een pandemisch paraat IZB-domein werken betrokken partijen, zoals de GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM, met én voor elkaar samen aan het bestrijden van infectieziekten, zowel in een endemische als in een pandemische fase. Naast het ondersteunen van de primaire processen in de IZB (denk bijvoorbeeld aan testen en aan bron- en contactonderzoek), biedt het pandemisch parate IV-landschap tevens optimale monitoring & surveillance. Dit opdat epidemiologen en andere data-deskundigen hun werkzaamheden kunnen uitvoeren. Dit geldt ook voor de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en onderzoekers. Privacy en cyberveiligheid van gegevens staan daarbij als harde randvoorwaarden voorop.

Het resultaat van de meerjarige inspanning door genoemde partijen is een IV-landschap dat klaar is voor dagelijks gebruik door professionals in het IZB-domein, maar ook klaar is om in tijden van een (pandemische) uitbraak opgeschaald te kunnen worden. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat tijdens een uitbraak grotere volumes verwerkt kunnen worden (opschaling) en dat vlot nieuwe werkprocessen gestart en ondersteund kunnen worden (wendbaar) en dat continuïteit gegarandeerd is door cyberveiligheid en privacy te allen tijde op orde te hebben (betrouwbaar).

Daartoe zullen kaderstellende eisen meegenomen worden bij de realisatie van het IV-landschap. Deze hebben betrekking op onder meer data-centrisch werken (data/gegevens vormen het fundament), standaardisering (op inhoud en techniek) en het modulair opbouwen van onderdelen/diensten in het IV-landschap. Cruciaal daarbij is wat mij betreft de notie dat vrijblijvendheid en keuzevrijheid die partijen in het verleden op dergelijk punten hadden bij het (laten) ontwikkelen van hun eigen systemen grotendeels tot het verleden behoort.

Het rapport van KPMG is bijgevoegd (bijlage 3), en is door VWS benut om de aansturing en de governance van de opgave (realisatie van een pandemisch paraat IV-landschap in het IZB-domein) in te vullen. Sinds medio november vindt de strategische sturing hierop plaats in de landelijke stuurgroep IV-IZB. De stuurgroep wordt voorgezeten door VWS en deelnemers aan de stuurgroep zijn GGD-GHOR Nederland R&D en RIVM. De Chief Information Officers (CIO's) van de genoemde organisaties adviseren hun vertegenwoordiger in deze stuurgroep.

*In de brief van de Minister wordt gesproken over een programma met betrekking tot «gedragsinzichten tijdens een pandemie» bij het RIVM. Kan de inhoud van dit programma openbaar worden gemaakt? Op welke manier gaat gedragsbeïnvloeding/verandering deel uitmaken van het programma voor versterking van de pandemische paraatheid? Is het wel*

*gerechtvaardigd om opnieuw psychologische (druk)middelen in te zetten in het kader van ziektebestrijding, gezien de schade die dit tijdens de coronacrisis heeft aangericht?*

Medio vorig jaar heb ik de Gedragsunit opdracht gegeven om nationale en internationale lessen in kaart te brengen met betrekking tot gedragsinzichten. Het gaat daarbij onder andere om inhoudelijke lessen op basis van eigen onderzoek van de Gedragsunit en wetenschappelijke publicaties over effectieve interventies. Daarnaast worden lessen in kaart gebracht over de organisatie van de sociale en gedragswetenschappen in het kader van de bestrijding van de COVID-19 pandemie, zowel nationaal als internationaal. Begin dit voorjaar brengt het RIVM een publicatie uit over de lessen, te vinden op [www.rivm.nl/gedragsonderzoek](http://www.rivm.nl/gedragsonderzoek). De opdracht aan het RIVM wordt de komende jaren voortgezet en uitgebouwd met als doel dat de RIVM Gedragsunit de wetenschappelijke kennis actueel en op orde houdt en deze als regisseur in een netwerk rondom gedrag openbaar beschikbaar stelt en vertaalt naar adviezen voor beleid en de praktijk. Op deze manier kunnen inzichten op het gebied van gedrag worden ingezet bij het effectief bestrijden van een eventuele volgende pandemie. De precieze invulling van het programma wordt momenteel uitgewerkt. Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd, zal ik u voor de zomer van 2023 informeren over het programma en publicaties in dit kader zullen met u worden gedeeld. Er is geen sprake van inzet van psychologische (druk)middelen.

*Ook willen deze leden graag weten waarom miljoenen worden geïnvesteerd in onderzoek naar ventilatie en virusverspreiding, terwijl genoemde leden allang weten dat ventilatie werkt tegen de verspreiding van virussen, maar de afgelopen jaren vrijwel geen concrete actie is ondernomen om publieke ruimtes adequaat te ventileren. Kan de Minister deze gelden niet beter gebruiken voor het implementeren van de kennis die er is en bijvoorbeeld door het installeren van goede CO<sub>2</sub>-meters in alle publieke binnenruimtes in Nederland en bevolkingsbrede voorlichtingscampagnes over ventilatie?*

Over de rol die ventilatie kan spelen in het tegengaan van verspreiding van verschillende virussen in verschillende contexten is nog veel niet bekend. In verschillende omstandigheden kan ventilatie een verschillende rol spelen. Ik wil kennis hierover laten vergroten om uiteindelijk bij een volgende pandemie de handelingsperspectieven van organisaties te verbeteren. Denk daarbij aan langdurige zorginstelling of sportinstellingen.

Onderdeel van het genoemde TNO-programma is ook het bevorderen van goed gedrag en juiste toepassing van ventilatie (ook door organisaties), passend bij de omstandigheden. Publieksvoorlichting in algemene zin is ook zeer belangrijk, maar een ander onderdeel van de aanpak. Scholen worden verplicht om in alle lokalen een werkende CO<sub>2</sub> meter te hebben. Voor andere organisaties is dit een eigen verantwoordelijkheid.

*Is het niet beter om het grootste deel van het geld dat Nederland uitgeeft aan de versterking van pandemische paraatheid in te zetten voor het opschalen van de zorg in eigen land, aangezien niet zozeer de uitbraak van (nieuwe) virussen, als wel de falende zorgcapaciteit in Nederland voor problemen zorgt? Zo nee, waarom niet?*

Flexibele opschaling van zorgcapaciteit vormt een belangrijk onderdeel binnen het beleidsprogramma, maar er is een bredere inzet nodig, zowel nationaal als internationaal. Het beleidsprogramma is daarom opgebouwd langs drie beleidsopgaven met daarbij een aantal thema's die om

bijzondere aandacht vragen. Hiermee sluit ik ook aan op diverse evaluaties en rapporten die in het kader van COVID-19 zijn uitgevoerd, zoals de rapporten van de OvV, het advies Met de kennis van straks van de KNAW<sup>127</sup>, etc.

*Op welke manier wordt de beschikbaarheid van medische producten in crisistijd geborgd? Kan inzichtelijk worden gemaakt wat de programma's daarvoor precies behelzen?*

Een uitgebreide toelichting is te vinden de brieven van 4 april, 4 november en 13 december 2022<sup>128</sup>. Kort samengevat werken we langs de volgende lijnen:

- Verminderen van afhankelijkheden in de productie- en toeleveringsketen;
- Stimuleren van ontwikkeling en productie;
- Verbeteren van monitoring, regie en voorraden.

In essentie kan een pandemie of een andere (gezondheids)crisis leiden tot piekverbruik, en verstoringen in productie en logistiek veroorzaken. De basis van waaruit medische producten geleverd worden, is in grote mate bepalend voor de weerbaarheid, flexibiliteit en opschaalbaarheid in crisistijd. Ik zet daarom in op het structureel verbeteren van leveringszekerheid.

*Hoe gaat een nieuwe «Sywert-deal» voorkomen worden?*

Binnen het beleidsprogramma pandemische paraatheid bouwen we voort op lessen en ervaringen tijdens de COVID-19-pandemie. Een van de drie beleidsopgaven is verbetering van leveringszekerheid van medische producten. Met de ingezette acties hierop verwacht ik tijdens een nieuwe pandemie beter te kunnen inspelen op piekverbruik en verstoringen in productie en logistiek van medische producten. De inzet is erop gericht situaties en noodoplossingen te voorkomen zoals we die tijdens COVID-19 hebben gekend omtrent mondkapjes.

*Kan gegarandeerd worden dat de normale procedures te allen tijde gevolgd zullen worden?*

Het is de inzet om normale procedures te volgen. Door onvoorziene omstandigheden in crisissituaties kunnen echter creatieve oplossingen nodig zijn. Ik behoud graag de mogelijkheid om flexibel in te spelen op onvoorziene omstandigheden om de continuïteit van zorg te kunnen borgen.

*Hoe houdt Nederland autonomie op de eigen inkoop en bevoorrading als er primair op Europees niveau wordt aangestuurd en uitgevoerd?*

De Europese maatregelen zijn aanvullingen op nationale inkoop en bevoorrading. Nederland behoudt autonomie om zelf medische producten in te kopen en op voorraad te houden.

*De leden van de Groep Van Haga uiten hun zorgen over de eventuele betrokkenheid en invloed van ongekozen, internationale organen, zoals de EU, HERA en de WHO bij de Nederlandse strategie voor versterking van de pandemische paraatheid. Zijn hierover afspraken gemaakt? Zo ja, welke en door/met wie?*

<sup>127</sup> Aanpak coronacrisis – Onderzoeksraad, Met de kennis van straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën – KNAW

<sup>128</sup> Kamerstuk 25 295, nrs. 1836 en 1946  
Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 794

Ik deel de zorgen van de leden van de Groep Van Haga niet. Nederland is een lidstaat van de EU. Als lidstaat is ons land nauw betrokken bij wet- en regelgeving, alsook bij de vormgeving van en inzet van instrumenten op het vlak van de preventie, paraatheid en bestrijding van ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen zoals een pandemie. Daarbij werken lidstaten, de Europese Commissie en verschillende EU-gremia en instituties zoals het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), het Europees geneesmiddelenbureau (EMA) en de nieuw opgerichte Autoriteit voor Paraatheid en Respons inzake Noodsituaties op Gezondheidsgebied (HERA), nauw samen om lidstaten en de EU als geheel beter voor te bereiden op toekomstige crises. Maar Nederland is en blijft zelf verantwoordelijk voor de aanpak van een pandemische infectieziekte binnen de landgrenzen. Wat de COVID-19-pandemie zeer nadrukkelijk bevestigt heeft is dat het bestrijden van een pandemie bij uitstek in samenwerking met andere landen moet gebeuren. Daarom werk ik ook constructief binnen de EU mee aan het versterken van de gezondheids- en veiligheidsstructuren zoals dit nu binnen de Unie gebeurt.

Op mondiaal niveau is de WHO een zeer belangrijke speler om de mondiale gezondheidsstructuur vorm te geven. Ook de discussies en onderhandelingen rondom het tot stand brengen van een mondiaal Pandemie Akkoord waarmee preventie, paraatheid en de aanpak van ernstige internationale gezondheids crisis adequater kunnen worden opgepakt is een proces van, voor en door lidstaten. Op de vraag van de leden van de Groep van Haga of hierover afspraken zijn gemaakt, wil ik antwoorden dat over de beleidsontwikkelingen binnen de EU op het gebied van pandemische paraatheid en het proces bij de WHO om te komen tot een Pandemisch Instrument, uw Kamer verschillende keren is geïnformeerd.<sup>129</sup>

*Heeft de Minister zich gecommitteerd aan bepaald internationale eisen? Zo ja, welke en waarom?*

Binnen de WHO zijn sinds 2000 de *International Health Regulations*<sup>130</sup> van kracht. Nederland heeft zich hier ook aan gecommitteerd. De International Health Regulations (IHR), die al sinds 1969 bestaan, zijn voor het laatst fundamenteel gewijzigd in 2005. Nederland is net als alle andere 194 lidstaten van de WHO partij bij de IHR. De IHR (2005) vormt de basis van het mondiale systeem voor de identificatie, monitoring en aanpak van internationale gezondheids crises zoals COVID-19, Ebola en recentelijk ook MPOX. Het anticiperen en voorbereiden op een internationale epidemie of mondiale pandemie kan alleen via een wereldwijde inspanning door landen gezamenlijk vorm krijgen en bestreden worden. Internationale samenwerking kan voorkomen dat een infectieziektenuitbraak, zoals bijvoorbeeld Ebola, leidt tot een uitbraak met een pandemische omvang. Daarom ziet de Nederlandse overheid, net zoals de EU-lidstaten en de WHO-lidstaten, belangrijke meerwaarde om zich te in te spannen voor, mee te werken aan en waar nodig te binden aan Europese- en mondiale afspraken.

Binnen de EU is de wetgeving inzake ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen de afgelopen twee jaren versterkt en uitgebreid. Hierbij zijn reeds bestaande maatregelen rondom crisisparaatheid versterkt en zijn enkele nieuwe instrumenten toegevoegd, waaronder de mogelijkheid tot het inroepen van een noodgeval in geval van een gezondheids crisis. Conform de versterkte wet- en regelgeving zal de

<sup>129</sup> Kamerstuk 21 501-31, nr. 665 en Kamerstuk 25 295, nr. 1836

<sup>130</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580410>

Europese Unie een eigen plan opstellen ter voorkoming van, voorbereiding op en aanpak van toekomstige ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Ook lidstaten zullen hiertoe dit jaar nationale plannen gaan opstellen, waarin bestaand beleid kan worden opgenomen. Het EU-plan zal onder meer bepalingen bevatten over de uitwisseling van informatie tussen het EU- en het nationale niveau, vroegtijdige waarschuwing en risicobeheer. Ook de nationale plannen zullen dat soort informatie bevatten, en bij het opstellen ervan zullen de lidstaten onderling en met de Commissie samenwerken voor de nodige samenhang tussen het nationale en het EU-plan. Dat moet zorgen voor een samenhangend en gedeeld kader voor crisisparaatheid en -respons. Nederland zal zijn rol hierin als EU-lidstaat vervullen.

*Hoe en wanneer kan Nederland nog besluiten om autonoom te opereren tijdens een vermeende internationale gezondheids crisis en hoe ver gaat het Nederlands vetorecht nog?*

De nationale aanpak van de gevolgen van een pandemie in Nederland is en blijft een nationale bevoegdheid. De inzet van vaccins, het organiseren van testcapaciteit en bijvoorbeeld het – indien nodig – instellen van lockdowns, zijn nationale beslissingen. De Europese- en internationale verplichtingen die voortvloeien uit EU wet- en regelgeving, de IHR en een mogelijk toekomstig Pandemie Akkoord, hebben onder meer betrekking op belangrijke randvoorwaarden en maatregelen zoals het tijdig en vroegtijdig delen van informatie, data en materialen over virussen of andere ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen, op samenwerking op het vlak van pandemische paraatheid waaronder capaciteitsopbouw, leveringszekerheid en onderzoek of op het afstemmen van maatregelen zodat ongewenste neveneffecten kunnen worden voorkomen.

*Hoe wordt bepaald of de overkoepelende Europese plannen een meerwaarde hebben voor de nationale pandemische paraatheid? Wat zijn daarvoor de criteria?*

De Europese wet- en regelgeving op het gebied van ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen zijn via de normale EU-wetgevingsprocedures tot stand gekomen en betreffen deels ook versterkingen van al bestaande instrumenten. De ervaringen die zijn opgedaan tijdens de COVID-19-pandemie vormden een belangrijke leidraad voor de versterking van de wet- en regelgeving en nieuwe instrumenten. Nu de wetgevingstrajecten zijn afgerond en mandaten voor verschillende EU-instellingen zijn aangepast, is het tijd voor de implementatie van het nieuwe Europese kader voor preventie, paraatheid en bestrijding van ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen. Het goed op elkaar laten aansluiten van nationale plannen, zoals ook ons land die aan het uitvoeren is en zoals uiteengezet in de beleidsbrief pandemische paraatheid, op het nieuwe Europese plan van aanpak op grond van de nieuwe wetgeving, is daarbij essentieel. Ons land zal in samenwerking met andere lidstaten en de Europese Commissie, werken aan een samenhangend en elkaar aanvullend geheel. Daarbij moeten dubbelingen worden voorkomen, dienen taken en rollen tussen het nationale en Europese niveau helder gedefinieerd te worden en dient er waar mogelijk synergie bereikt te worden. Dit alles neemt niet weg dat lidstaten onverminderd zelf primair verantwoordelijk zullen blijven voor de mate waarin zij zich voorbereiden op een nieuwe ernstige grensoverschrijdende gezondheidsbedreiging.

*Hoe wordt het vergaren, delen en implementeren van onafhankelijke wetenschap geborgd bij de beoogde kennisgefundeerde aanpak en innovatie in het beleidsprogramma?*

Dit gebeurt op verschillende manieren. Onder andere door kennisprogramma's op te zetten waarbij verschillende wetenschappelijke instituten worden betrokken, door de samenwerking tussen verschillende partijen uit verschillende disciplines te stimuleren en door de verkregen kennis beschikbaar en toegankelijk te maken.

*Ook vragen de leden van de Groep Van Haga om verduidelijking over wat er in de brief van de Minister wordt bedoeld met een «vaccinatievoorziening voor volwassenen».*

In zijn brief van 4 juli 2022<sup>131</sup> is de Staatssecretaris van VWS uitgebreid ingegaan op de vaccinatievoorziening. Volwassenen (18 jaar en ouder) kunnen bij de vaccinatievoorziening terecht voor hun vaccinaties, en informatie en advies. Denk daarbij aan het voeren van een gesprek over vaccineren (zoals in geval van twijfel of bij onderliggende aandoeningen) en het krijgen van de prik of informatie over waar men de prik kan halen als de vaccinatie niet beschikbaar is bij de vaccinatievoorziening.

Vanuit de vaccinatievoorziening wordt het vaccineren regionaal gecoördineerd en worden verbindingen gelegd met andere ketenpartners die betrokkenheid hebben bij het indiceren, voorlichten of zetten van vaccinaties. Het gaat bijvoorbeeld om huisartsen, JGZ-professionals en medisch specialisten. De vaccinatievoorziening wordt ondergebracht bij de GGD'en en is regionaal hét expertisecentrum op het gebied van vaccinatiezorg en is expert in het bereiken van specifieke doelgroepen aangezien zij weten wat er lokaal speelt. De definitieve randvoorwaarden voor deze vaccinatievoorziening worden vastgesteld na de uitvoeringstoets van het RIVM.

*Wordt vaccineren bij alle (nieuwe) virusuitbraken een standaard middel ter bestrijding? Zo ja, hoe weten genoemde leden of dit medisch verantwoord is en op welke termijn denkt de Minister dat na de uitbraak van een nieuw virus een nieuw vaccin op de markt gebracht zal kunnen worden?*

Nee, dit is niet bij voorbaat te zeggen. Vaccineren is vaak een geschikt middel voor de bestrijding van infectieziekten, maar er zijn niet altijd geschikte vaccins voorhanden of soms zijn andere maatregelen (bijv. waar het gaat om de hygiëne) geschikter.

Wat betreft het op de markt brengen van vaccins, wil ik aangeven dat dit gebeurt na zorgvuldige beoordeling door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Het CBG werkt nauw samen met de medicijnautoriteiten van andere EU-landen en met het Europees Medicijnagentschap (EMA), als een vaccin in Europa op de markt wordt gebracht. Hoe snel een vaccin op de markt gebracht kan worden, hangt af van het soort virus en in hoeverre er al vaccins zijn die na eventuele aanpassing bescherming bieden tegen een nieuw virus. Na een dergelijke aanpassing moet opnieuw beoordeling plaatsvinden door het CBG.

*Zullen deze nieuwe vaccins opnieuw op experimentele basis worden verstrekt aan grote groepen in de bevolking en op welke manier wordt de veiligheid en de effectiviteit gegarandeerd? Gaat de Minister de bevolking*

---

<sup>131</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 615

*bij deze vaccins wel transparant informeren over de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen?*

Alle vaccins die in Nederland worden gebruikt, voldoen aan de wettelijke eisen voor goedkeuring. Het kan voorkomen dat vaccins of medicijnen worden ingezet op basis van een voorwaardelijke handelsvergunning. Dit was het geval bij de COVID-19-vaccins. Dat wil niet zeggen dat ze experimenteel zijn. Een voorwaardelijke handelsvergunning wordt pas afgegeven wanneer het Europese Beoordelingscomité (CHMP) van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) de balans van werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit van een geneesmiddel positief heeft beoordeeld. Een voorwaardelijke vergunning wil niet zeggen dat er stappen in de ontwikkeling van een vaccin of het beoordelingsproces zijn overgeslagen. De voorwaardelijke vergunning zorgt ervoor dat vaccins en geneesmiddelen ten opzichte van een volledige vergunning eerder beschikbaar gesteld kunnen worden. In geval van een groot gevaar voor de volksgezondheid, zoals de COVID-19-pandemie, kan dan een versnelde procedure voor het verkrijgen van een voorwaardelijke handelsvergunning worden gehanteerd. Tijdens deze versnelde procedure worden onderzoeksresultaten direct nadat ze beschikbaar komen voorgelegd ter beoordeling, in plaats van zoals gebruikelijk pas nadat alle onderzoeksresultaten beschikbaar zijn.

Een voorwaardelijke handelsvergunning betekent ook dat er specifieke voorwaarden zijn gesteld. Zo is de vaccinontwikkelaar verplicht om aanvullende informatie te blijven leveren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om resultaten van doelgroepen die nog niet in het eerdere onderzoek meegenomen waren, zoals zwangere vrouwen. Als aan de specifieke voorwaarden wordt voldaan, kan daarna een volledige handelsvergunning worden afgegeven. Zo hebben de COVID-19-vaccins van Moderna en BioNTech/Pfizer inmiddels een volledige handelsvergunning verkregen.

Om burgers in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken om zich wel of niet te laten vaccineren, is steeds actief en op grote schaal over vaccinatie gecommuniceerd. Naarmate de beschikbare informatie steeds uitgebreider werd en er nieuwe (wetenschappelijke) inzichten bekend werden, is dit open en transparant in de publiekscommunicatie verwerkt. Ik deel de aanname die in deze vraag wordt gedaan dan ook niet. Alle mogelijke bijwerkingen zijn opgenomen in de bijsluiters van de vaccins. Daarnaast is er «Vaccin in het kort», één A4 met in begrijpelijke taal de voor- en nadelen van het vaccin, als aanvulling op de officiële bijsluiter. Zowel de bijsluiter als «Vaccin in het kort» zijn online te vinden op de website van het CBG. Voorafgaand aan de vaccinatie worden mensen geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen die na de vaccinatie kunnen optreden. Daarnaast worden alle meldingen van vermoedelijke bijwerkingen weergegeven op de website van het Lareb. Het RIVM doet onderzoek naar de effectiviteit van de vaccins en publiceert de onderzoeksresultaten regelmatig op zijn website. De effectiviteit van vaccins tegen COVID-19 hangt onder andere samen met de variant van het SARS-CoV-2 virus dat op een bepaald moment dominant is en kan veranderen over tijd.

*Wat zijn de criteria om een nieuwe virusuitbraak te classificeren als een uitbraak met een A-status, waarbij verregaande collectieve maatregelen getroffen kunnen worden middels een wettelijk instrumentarium?*

Het RIVM of OMT adviseert hierover en hierbij spelen criteria mee als opbouw van immuniteit in de bevolking, snelheid van verspreiding, ziektelast en potentieel maatschappij ontwrichtende werking.

*Ook willen deze leden graag verduidelijking over wat er gebeurt met de jaarlijkse investering van drie miljoen euro in CEPI en de miljoenen die worden geïnvesteerd in regulatory science, waarmee heel veel geld wordt geïnvesteerd in initiatieven die zich voor een groot deel richten op de ontwikkeling van vaccins als therapie. Hoe is de onafhankelijkheid van deze organisaties en initiatieven gewaarborgd? Wie maken hier deel van uit en wie hebben beslissingsbevoegdheid? Hoe wordt bepaald op welke manier de gelden die aan deze organisatie toekomen worden besteed?*

De missie van de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) is om de ontwikkeling van vaccins en andere biologische tegenmaatregelen tegen epidemische en pandemische dreigingen te versnellen, zodat ze toegankelijk zijn voor alle mensen in nood. Juist door deze mondiale insteek vind ik het van belang dat Nederland in CEPI investeert. De bijdrage van Nederland aan CEPI is niet geoormerkt. Het is aan CEPI om de juiste investeringen te doen die nodig zijn om hun missie te behalen. CEPI heeft hiervoor een governance ingericht waar ik, en vele andere landen, vertrouwen in hebben. In het kort komt de governance hierop neer: CEPI is een Noorse vereniging. Het primaire bestuursorgaan is de raad, die 12 stemgerechtigde leden heeft (vier investeerders en acht onafhankelijke leden afkomstig uit industrie, wetenschap en internationale financieringsorganisaties). Ook zijn er vijf waarnemers. Alle investeerders worden uitgenodigd om lid te worden van de Investors Council, die de raad van bestuur benoemt. De Investors Council heeft o.a. ook het recht om investeringen van meer dan \$ 100 miljoen goed te keuren.

Twee andere organen ondersteunen en begeleiden het werk van CEPI: het wetenschappelijk adviescomité is de belangrijkste wetenschappelijke adviesgroep van de raad van bestuur en het secretariaat, en de gezamenlijke coördinatiegroep werkt samen met kritische externe belanghebbenden om het portfolio van vaccins van CEPI te bevorderen. Voor meer details verwijs ik graag naar de website van CEPI<sup>132</sup> waarin de governance uitgebreider beschreven staat.

De initiatieven gericht op regulatory science richten zich niet op de ontwikkeling van vaccins maar op het regulatorisch kader waarin vaccins en geneesmiddelen worden beoordeeld. Deze opdrachten heb ik uitgezet via ZonMw met advies van FAST. ZonMw zet vervolgens programma's op en beoordeelt aanvragen op kwaliteit. Het kader daarvoor is de opdracht die ik heb verstrekt. ZonMw legt op reguliere wijze verantwoording af over de aan hen verstrekte opdracht door mijn ministerie.

*Hoe wordt de tien miljoen euro die Nederland investeert in het Financial Intermediary Fund for Pandemic Prevention, Preparedness and Response precies besteed? Is het gerechtvaardigd dat Nederland zo'n groot bedrag investeert in de pandemische paraatheid van andere landen, terwijl in Nederland de zorgcapaciteit sterk te wensen overlaat?*

Het Pandemic Fund (voorheen het Financial Intermediary Fund for Pandemic Prevention, Preparedness and Response genoemd) is een samenwerkingsverband tussen donorlanden, co-investeerderlanden, stichtingen en maatschappelijke organisaties. Het wordt gehost door de Wereldbank met de WHO als technische leider.

Het Pandemic Fund financiert kritieke investeringen om pandemische preventie, paraatheid en responscapaciteiten op nationaal, regionaal en mondiaal niveau te versterken, met een focus op lage- en middeninkomenslanden. De Nederlandse donatie is niet geoormerkt. Het is aan de

<sup>132</sup> Governance – CEPI

beheerders van het fonds om het geld goed te besteden conform de missie. Ik verwijs graag naar de website van de Wereldbank voor meer achtergrond informatie en ook de governance structuur<sup>133</sup>.

Ik ben het niet eens met de zinsnede in de vraag dat de Nederlandse zorgcapaciteit sterk te wensen overlaat. Pandemieën houden zich niet aan grenzen en we hebben geleerd dat een vroegtijdige signalering en alarmering nodig is om bij een volgende pandemie snel en adequaat te kunnen reageren. Dat vereist internationale samenwerking, coördinatie en onderling vertrouwen. Internationale samenwerking maakt ons ook in Nederland beter pandemisch paraat. De bijdrage die het kabinet doet om op mondiaal niveau de pandemische paraatheid gezondheidsarchitectuur te versterken zijn gerechtvaardigd.

*Tenslotte vragen de leden van de Groep Van Haga waarom in het beleidsprogramma nauwelijks wordt gesproken over het inzetten op preventie in de vorm van gezond leven, leefstijlverbetering en preventie, aangezien de coronacrisis heeft geleerd dat de huidige leefstijl grotendeels een belangrijke factor is in kwetsbaarheid voor infectieziekten. Waarom lijkt het programma nauwelijks gericht te zijn op het gericht specifiek beschermen van kwetsbare groepen in de samenleving en de facilitering daarvan?*

Zoals in de beleidsagenda van april 2022 aangegeven draagt de inzet op preventie onmiskenbaar bij aan pandemische paraatheid, maar wordt u separaat over dit onderwerp geïnformeerd. Het kabinet werkt op meerdere manieren aan dit onderwerp. Ten eerste blijft het kabinet onverminderd inzetten op de doelen van het Nationaal Preventieakkoord gericht op onder meer het tegengaan van overgewicht. Daarnaast richt het kabinet zich op het versterken van de mentale weerbaarheid en gezondheid met de aanpak «Mentale gezondheid: van ons allemaal» (Bijlage bij 32 793, nr. 613). Verder werkt het kabinet samen met gemeenten en zorgverzekeraars aan het Gezond en Actief Leven Akkoord gericht op een versterking van de lokale en regionale aanpak op preventie, gezondheid en sociale basis. Dit akkoord wordt naar verwachting begin dit jaar aan uw Kamer gezonden.

Vanuit de brede maatschappelijke verantwoordelijkheid van de overheid is het doel van het beleidsprogramma pandemische paraatheid een pandemie zoveel mogelijk te voorkomen en indien deze zich toch voordoet, de negatieve effecten ervan zo veel mogelijk te beperken, ook voor kwetsbare groepen. In de Kabinetsreactie op het WRR-rapport «Coronascenario's doordacht (Kamerstuk 25 295, nr. 1997). Handreiking voor noodzakelijke keuzes» is bovendien aangegeven dat het belangrijk is om kwetsbare groepen expliciet mee te nemen in potentiële besluitvorming over pandemische maatregelen. Binnen de beleidsopgave zorg richten maatregelen zich voorts ook specifiek op de langdurige zorginstellingen. Op het gebied van kennisontwikkeling is specifiek aandacht voor kwetsbare groepen, bijvoorbeeld waar het gaat om communicatie en gedrag.

*Heeft de coronacrisis niet laten zien dat bevolkingsbreed ingrijpende maatregelen nemen meer kwaad dan goed doet en het waarschijnlijk beter is om in plaats daarvan de kwetsbaren actief te beschermen, terwijl de rest van de samenleving door blijft draaien?*

---

<sup>133</sup> <https://www.worldbank.org/en/programs/financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-ppr-fif>

Zoals in mijn reactie op de conclusies van de OvV over maatregelen tegen het coronavirus van 11 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1966) aangegeven, zijn maatregelen vanuit epidemiologisch perspectief steeds effectief geweest. Maatregelen hebben echter ook andere, veelal negatieve (neven)effecten die zo veel mogelijk vermeden en beperkt moeten worden. Om de weging van maatschappelijke neveneffecten te borgen is o.a. het MIT opgericht. Daarnaast ben ik samen met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan het verkennen hoe maatschappelijke en economische impact van maatregelen nog beter kunnen worden meegewogen bij het opstellen van maatregelen. Bij een volgende pandemie zal opnieuw worden afgewogen of generieke maatregelen nodig zijn en/of maatregelen specifiek ter bescherming van kwetsbare groepen.

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

*Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief van de Minister inzake het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Genoemd lid waardeert de grondige aanpak van de Minister. Het lid hoopt wel dat dit niet ten koste gaat van een totaaloverzicht en onderlinge samenhang. Zij heeft nog wat aanvullende vragen over de brief. Genoemd lid verzoekt de Minister om meer inzicht te geven in de verdeling van het budget van 37 miljoen euro die wordt ingezet voor de korte termijn versterkingen van de infectieziektebestrijding bij de GGD'en.*

Als bijlage 2 bij de beantwoording, treft uw Kamer het plan van aanpak «Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en». Onderdeel van dit plan zijn de budgettaire consequenties. Voor de precieze besteding van de middelen voor de uitvoering van de diverse activiteiten komt, in afwachting van de parlementaire behandeling van de VWS begroting, de Regeling specifieke uitkering versterking GGD'en beschikbaar voor de jaren 2023 en 2024. Na instemming met de VWS begroting door de Eerste Kamer wordt de regeling met toelichting in de Staatscourant gepubliceerd. De verdeling van de middelen over de GGD regio's is in hoofdzaak gebaseerd op:

1. het totale aantal inwoners in de betreffende regio plus een vast bedrag;
2. het aantal regionale samenwerkingsverbanden voor infectieziektebestrijding;
3. het aantal academische werkplaatsen infectieziektebestrijding in de betreffende regio.

*Het lid van de BBB-fractie vraagt of de Persoonlijke Gezondheidsomgeving die de Minister noemt dezelfde Persoonlijke Gezondheidsomgeving is zoals die door ziekenhuizen wordt gebruikt. Gaat het hier om één systeem of wordt hiervoor weer een aparte Persoonlijke Gezondheidsomgeving opgetuigd?*

Ja. De persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO) met het MedMij-label kunnen gebruikt worden voor het ontsluiten van gegevens bij verschillende zorgaanbieders. PGO's zijn van de burger zelf en worden niet ontwikkeld door de zorgaanbieder. In de PGO is informatie van meerdere zorgaanbieders beschikbaar.

Dit betekent dat er voor (deze) aanvullende gegevensontsluitingen geen nieuw systeem of aparte persoonlijke gezondheidsomgeving hoeft te worden gemaakt.

*Zij ondersteunt het idee van een informatievoorzieningslandschap, maar vraagt hoe er zorg voor wordt gedragen dat dit daadwerkelijk functioneert op het moment dat sprake is van een pandemie. Als het goed is zal*

*Nederland zich immers niet continu in een staat van pandemie bevinden en is dit informatievoorzieningslandschap dan «slapend». Hoe ziet de Minister dit voor zich?*

Een pandemisch paraat IV-landschap moet optimale ondersteuning bieden aan professionals om met deze systemen hun werk slagvaardig, flexibel en betrouwbaar uit te kunnen voeren. Dit in zowel een koude (reguliere IZB), als in een warme fase (opgeschaalde IZB). Het landschap, dat op basis van kaderstellende eisen die de paraatheid van het geheel borgen (denk aan eisen ten aanzien van flexibiliteit, wendbaarheid, robuustheid) wordt ontwikkeld, is bedoeld om dagelijks gebruikt te worden door de professionals in de IZB. Tegelijk borgt het ontwikkelen van het landschap op basis van de kaderstellende eisen dat ditzelfde landschap ook klaar is voor opgeschaald gebruik. De professionals in de IZB gaan dus op het moment van een (pandemische) uitbraak meer van hetzelfde doen met hun systemen.

*Genoemd lid zou ook graag wat toelichting willen op «een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD». Wat wordt daar precies mee bedoeld? Is dit een voorziening die continu aanwezig is?*

In zijn brief van 4 juli 2022<sup>134</sup> is de Staatssecretaris van VWS uitgebreid ingegaan op de vaccinatievoorziening. Volwassenen (18 jaar en ouder) kunnen bij de vaccinatievoorziening terecht voor hun vaccinaties, en informatie en advies. Denk daarbij aan het voeren van een gesprek over vaccineren (zoals in geval van twijfel of bij onderliggende aandoeningen) en het krijgen van de prik of informatie over waar men de prik kan halen als de vaccinatie niet beschikbaar is bij de vaccinatievoorziening.

Vanuit de vaccinatievoorziening wordt het vaccineren regionaal gecoördineerd en worden verbindingen gelegd met andere ketenpartners die betrokkenheid hebben bij het indiceren, voorlichten of zetten van vaccinaties. Het gaat bijvoorbeeld om huisartsen, JGZ-professionals en medisch specialisten. De vaccinatievoorziening wordt ondergebracht bij de GGD'en en is regionaal hét expertisecentrum op het gebied van vaccinatiezorg en is expert in het bereiken van specifieke doelgroepen aangezien zij weten wat er lokaal speelt. De definitieve randvoorwaarden voor deze vaccinatievoorziening worden vastgesteld na de uitvoeringstoets van het RIVM.

De vaccinatievoorziening is een voorziening die continu aanwezig is. De GGD'en worden de primaire opdrachtnemers voor de uitvoering van de vaccinaties voor volwassenen. De vaccinatievoorziening wordt structureel ingebed in de infrastructuur voor vaccinatiezorg. De vaccinatievoorziening wordt ook de primaire uitvoerder voor vaccinaties bij een uitbraak en/of pandemie. Daarmee is de vaccinatievoorziening zowel regulier (koude fase) als in een warme fase (bestrijding pandemie) primair verantwoordelijk voor de uitvoering van vaccinaties voor alle Nederlanders vanaf 18 jaar.

*Het lid van de BBB-fractie is van mening dat het verstandig is om in te zetten op het flexibel kunnen opschalen van de zorgcapaciteit. Maar het lid denkt ook dat daarvoor de basis goed moet zijn. In een situatie waarin voortdurend bezuinigd wordt op de zorg en er grote tekorten zijn aan zorgpersoneel, is daar geen sprake van. In hoeverre neemt de Minister dit mee en kijkt de Minister niet alleen naar de flexibele top van het opschalen maar ook naar een goede basis? De Minister heeft het namelijk wel over technische innovaties en opleiden, maar zonder een juiste,*

<sup>134</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 615

*passende beloning en een fijne werkomgeving wordt zorgpersoneel niet vastgehouden. Een perspectief daarop ziet het lid van de BBB-fractie niet terug in de plannen van de Minister, ook niet in de toekomstplannen op het gebied van de arbeidsmarkt in de zorg. Hoe ziet de Minister de inzet van zorgpersoneel vanuit het buitenland in dit kader?*

De basis is vanzelfsprekend belangrijk. Met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn wordt gewerkt aan de personeelstekorten in de zorg. Uw kamer is eind september 2022 geïnformeerd over de uitwerking van het programmaplan. Naast inzet op technologische en sociale innovatie wordt ingezet op behoud van zorgmedewerkers door goed werkgeverschap en zeggenschap en een leven lang leren. Daarnaast neem ik nadrukkelijk afstand van het beeld dat er wordt bezuinigd op de zorg. De komende vier jaar groeien de collectieve zorg uitgaven gemiddeld met 6,6% per jaar (inclusief loon- en prijsbijstelling). Dit betekent dat er ieder jaar gemiddeld een kleine 6 miljard euro meer wordt uitgegeven aan de zorg dan het jaar ervoor.

Het kabinet ziet arbeidsmigratie van buiten de Europese Economische Ruimte als sluitstuk van de aanpak van krapte op de arbeidsmarkt. Eerst moet gekeken worden naar de inzet van het onbenut arbeidsmarktpotentieel in Nederland met een zorgachtergrond of met affiniteit met de zorgen naar de mogelijkheid van contractuitbreiding van zorgmedewerkers. Het inzetten van buitenlands zorgpersoneel kan zorgorganisaties wel in bepaalde situaties ontlasten, mits het goed wordt georganiseerd en wordt voldaan aan de voorwaarden van de relevante wet- en regelgeving (zoals de Wet arbeid vreemdelingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Het kabinet vindt het tevens belangrijk dat er aandacht is voor de ethische bezwaren die kleven aan het werven van zorgpersoneel in het buitenland. In Wereldgezondheidsorganisatie-verband is de afspraak gemaakt dat er geen zorgpersoneel uit landen wordt geworven als dit leidt tot een personeelstekort in het land van herkomst (brain drain).

Wel laat de Minister voor Langdurige Zorg en Sport op dit moment een verkenning uitvoeren om in kaart te brengen hoe het proces kan worden verbeterd voor zorgorganisaties die behoefte hebben aan buitenlands zorgpersoneel. Deze verkenning richt zich op de mogelijkheden om personeel van binnen de Europese Unie in te zetten in de Nederlandse gezondheidszorg, welke maatregelen andere lidstaten hebben genomen om hen te integreren in de gezondheidszorg en welke aanvullende knelpunten in de BIG-toelatingsprocedure kunnen worden weggenomen. De gesprekken hebben inmiddels plaatsgevonden, op dit moment vindt de uitwerking plaats. Vanwege de benodigde afstemming hierbij zullen de uitkomsten van de verkenning in het voorjaar van 2023 naar de Tweede Kamer worden gestuurd. Daarnaast is op 29 september 2022 het rapport «Zorgvuldig arbeidsmigratiebeleid. Hoe de langdurige zorg profijt kan hebben van vakmigranten» van de Adviesraad voor Migratie verschenen. Uw Kamer zal nog een beleidsreactie ontvangen op dit advies.

*Genoemd lid vindt dat de Minister als het gaat om de leveringszekerheid van medicijnen erg leunt op de EU. Samenwerking op dit vlak wordt door het lid zeker ondersteund, maar in de afgelopen decennia heeft men de medicijnproductie voor een groot deel laten vertrekken naar landen als China. Het lid maakt zich daar zorgen over en is dan ook blij dat onderzoek wordt gedaan naar het stimuleren van duurzame productie dicht bij huis. Het lid van de BBB-fractie begrijpt dat internationale samenwerking in tijden van een pandemie zeer belangrijk is, maar onduidelijk blijft hierin hoe zelfstandig Nederland daarin kan blijven.*

Voor Nederland is Europees samenwerken het meest effectief. Daarnaast kijk ik binnen Nederland ook hoe de beschikbaarheid van medicamenten kunnen borgen. Daarom ga ik in gesprek met de zorgketen waaronder apothekers, zorgverzekeraars en groothandels om te bezien hoe we de leveringszekerheid het beste kunnen versterken. Hierin neem ik mee het vergroten van de productiecapaciteit in Nederland en de EU en de rol van inkoop daarin. Dit jaar verken ik of we kunnen inventariseren voor welke producten Nederland het meest kwetsbaar is. Ook investeer ik in het Nationale ecosysteem met instrumenten zoals IPCEI Health en het Nationaal Groeifonds project PharmaNL.

*Tenslotte mist het lid van de BBB-fractie in de brief van de Minister nog de lessen die geleerd zijn tijdens de COVID-19-pandemie. Een grondige evaluatie van deze periode kan hier volgens het lid aan bijdragen. Graag ontvangt zij een reactie van de Minister daarop.*

Startpunt voor het beleidsprogramma pandemische paraatheid is de opdracht uit het coalitieakkoord om op basis van de lessen uit de COVID-19-pandemie Nederland pandemisch parater te maken. Waar relevant heb ik bij de verschillende onderdelen van de beleidsagenda van april en de brief over het beleidsprogramma gerefereerd aan lessen van de COVID-19-pandemie.

De conclusies en aanbevelingen van de OvV, die grondig de aanpak van de COVID-19 pandemie onderzoekt, spelen hierin een belangrijke rol. Voorbeelden van onderdelen van het beleidsprogramma waar de OvV-rapporten aan ten grondslag liggen, zijn de inrichting van de LFI, het informatielandschap infectieziektebestrijding, de sturing en regie in de zorg, de hygiëne en infectiepreventie in de langdurige zorg, de flexibele opschaling van de zorgcapaciteit.

Uiteraard betrek ik ook andere lessen. Ik doel bijvoorbeeld op het belang van multidisciplinaire samenwerking waar de KNAW op wijst in het rapport «Met de kennis van straks. De wetenschap goed voorbereid op pandemieën». Dit is een randvoorwaarde voor de kennisprogramma's die ik heb opgezet en voor de kennisagenda die ik wil ontwikkelen. Verder staat het rapport van de expertgroep onder leiding van de heer Bekedam bijvoorbeeld aan de basis van het actieplan zoönosen. Ten slotte wil ik in dit kader wijzen op de kabinetsreactie op het rapport «Coronascenario's doordacht. Handreiking voor noodzakelijke keuzes» van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid dat u recent heeft ontvangen. Hierin is een aantal initiatieven van het beleidsprogramma pandemische paraatheid benoemd in reactie op lessen uit het WRR-rapport. Het gaat bijvoorbeeld om het kennisprogramma gedragsexpertise bij de Gedragsunit van het RIVM en het kennisprogramma pandemische paraatheid dat is gestart bij ZonMw.