

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 1633

Vragen van het lid **Van der Staaij** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *ontwikkelingen rondom het coronavirus* (ingezonden 12 november 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 februari 2021).

Vraag 1 en 2

Klopt het dat u het volgende gezegd heeft: «(u) moet het zo zien dat bepaalde maatregelen wellicht langer zullen gelden voor mensen zonder vaccinatie» en dat «regels voor specifieke groepen pas aan de orde kunnen komen als de vaccinatiegraad heel hoog is»?<sup>1</sup>

Hoe verhouden uw uitspraken zich tot de aangenomen motie-Azarkan waarin de Kamer heeft uitgesproken dat er géén sprake mag zijn van een directe, maar ook niet van een indirecte coronavaccinatieplicht?<sup>2</sup>

Antwoord 1 en 2

Deze zinnen schetsen niet het volledige verhaal. Een situatie waarbij verschillende maatregelen gaan gelden voor wel gevaccineerden en niet-gevaccineerden, vind ik niet wenselijk.

Het kabinet heeft eerder al aangegeven geen voorstander te zijn van een vaccinatieplicht en hiervoor geen voorstellen te ontwikkelen. Ook is het kabinet geen voorstander van het bevoordelen van mensen die zich laten vaccineren, ten opzichte van mensen die zich niet laten vaccineren. Het belang van de volksgezondheid en individuele belangen kunnen hier op gespannen voet met elkaar komen staan. Daarnaast kan het ook voorkomen dat private partijen om verschillende redenen eigen eisen zullen proberen te stellen op het gebied van vaccinatie. Zo kunnen situaties ontstaan, waarin belangen en waarden conflicteren.

Daarom heb ik, zoals ik in mijn Kamerbrief van 20 november en 21 december heb toegelicht, de Commissie Ethiek en recht van de Gezondheidsraad gevraagd een ethisch afwegingskader op te stellen. Onderdeel van dit advies is de vraag in hoeverre de overheid een rol, verantwoordelijkheid of plicht heeft om te voorkomen dat private partijen eisen dat klanten/werknemers/

<sup>1</sup> AD, 10 november 2020, «Minister De Jonge: «Bepaalde regels gelden wellicht langer voor mensen zonder vaccinatie»» (<https://www.ad.nl/binnenland/minister-de-jonge-bepaalde-regels-gelden-wellicht-langer-voor-mensen-zonder-vaccinatie-a38416c8/>).

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 676.

leerlingen gevaccineerd zijn en welke (juridische) mogelijkheden de overheid hierbij heeft. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd om uiterlijk 1 februari 2021 aan mij het advies te doen toekomen.

Graag wil ik nogmaals bevestigen dat de COVID-19 vaccinatie niet verplicht wordt. Ik vind wel dat mensen een verantwoordelijkheid hebben naar zichzelf, naasten, en andere, meer kwetsbare mensen. Ik zal het belang van vaccineren dan ook blijven benadrukken, waarbij geen sprake zal zijn van een (indirecte) verplichting. Dwang en drang kunnen namelijk het draagvlak voor vaccinatie ondermijnen.

Vraag 3 en 4

Kunt u toelichten waarom dergelijke maatregelen volgens u proportioneel en noodzakelijk zouden zijn?

Begrijpt u de zorgen van mensen dat door dergelijke maatregelen een tweedeling en achterstelling in de maatschappij zal ontstaan op basis van vaccinatie?

Antwoord 3 en 4

Zoals aangegeven bij vraag 1, beoogt het kabinet geen verschillende regimes voor gevaccineerde en niet-gevaccineerde mensen. Een dergelijke tweedeling en achterstelling in de maatschappij is onwenselijk. We gaan een periode tegemoet waarin er een groep zal zijn die al wel en een groep die nog niet gevaccineerd is. En daar moeten we verstandig mee omgaan. In de beantwoording van vragen 1 en 2 heb ik uitgelegd hoe ik daar mee wens om te gaan. Ik laat mij daarover adviseren.

Vraag 5

Kunt u bevestigen dat tot op heden iemands vaccinatiegeschiedenis alleen bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opvraagbaar is door de desbetreffende persoon zelf en dat deze informatie niet met derden hoeft te worden gedeeld?

Antwoord 5

Ten aanzien van COVID19-vaccinaties heb ik in mijn brief aan uw Kamer van 4 januari jl. uiteengezet dat deze vaccinaties primair aan de bron worden geregistreerd, dat wil zeggen bij degene die de vaccinatie toedient, de huisartsen, GGD'en en zorginstellingen. Daarnaast wordt aan degene die wordt gevaccineerd gevraagd of hij of zij de zorgverlener toestemming geeft de vaccinatiegegevens te delen met het RIVM die de centrale registratie beheert. Het register is niet toegankelijk voor derden. Wel kan de vaccinatie-status door de zorgverlener, na toestemming van de gevaccineerde, worden opgevraagd bij de beheerder van het register, waarbij de beheerder zal toetsen op rechtmatigheid van dit verzoek. Dit kan als dit nodig is voor de behandeling van een patiënt en bij een melding van een besmetting. In aanvulling geldt dat de GGD'en ook toestemming vragen aan degene die wordt gevaccineerd om de vaccinatiegegevens te delen met de huisarts.

Vraag 6

Bent u, in het licht van uw uitspraken, van plan dit te veranderen?

Antwoord 6

Er is geen aanleiding om dit te veranderen. Zie hiervoor ook de antwoorden op de vragen 1 en 2.

Vraag 7

Bent u bekend met berichten dat luchtreiniging met ionisatie een bijdrage zou kunnen leveren aan het tegengaan van het coronavirus?<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld:

Kamper Nieuws, 26 augustus 2020, «Kamper uitvinder wijst op ionisatie in strijd tegen corona» (<https://kampernieuws.nl/ionisatie-oplossing-corona/>).

Reformatorisch Dagblad, 4 juni 2020, «Luchtreiniger uit Staphorst maakt virus onschadelijk met ionisatie en filter» (<https://www.rd.nl/meer-rd/wetenschap-techniek/subscriptie-required-7.133?ald=1.1668579>).

#### Antwoord 7

Ja, ik ben bekend met berichten over de mogelijke bijdrage van ionisatie aan luchtreiniging.

#### Vraag 8

Klopt het dat het RIVM in het verleden onderzoek heeft gedaan naar luchtreiniging met ionisatie en bent u bereid om het RIVM onderzoek te laten verrichten naar de mogelijke bijdrage van ionisatie aan de bestrijding van het coronavirus?

#### Antwoord 8

Er is in het verleden, in een ander verband, door het RIVM onderzoek gedaan naar de gezondheidseffecten van ionisatoren. Het RIVM houdt de wetenschappelijke ontwikkelingen op dit terrein ook nauwlettend in de gaten. Er is op dit moment geen wetenschappelijk bewijs dat dit soort luchtreinigers de overdracht van het SARS-CoV-2 virus kunnen voorkomen of verminderen. Het is ook onwaarschijnlijk dat een luchtreiniger die elders in een ruimte staat de overdracht tussen twee mensen op minder dan 1,5 meter afstand beïnvloedt.

Daarom houden wij vast aan de basisregels. Er zal door het Ministerie van VWS dan ook geen opdracht gegeven worden voor verder onderzoek door het RIVM.

#### Vraag 9

Kunt u aangeven welk type handhavingsbeleid er op dit moment geldt ten aanzien van de coronamaatregelen? Is er nog steeds sprake van een terughoudend boetebeleid ten aanzien van de anderhalvemeterregel, waar de Kamer de regering om vroeg in de motie-Van der Staaij/Klaver?<sup>4</sup> Zo nee, wanneer verwacht u daar weer toe over te gaan?

#### Antwoord 9

Het geldende handhavingsbeleid is sinds 1 december 2020 gebaseerd op de Tijdelijke Wet Covid-19, de Ministeriële Regelingen en een AMvB waarin de veilige afstand op anderhalve meter is bepaald. De momenteel hoge en onvoldoende dalende besmettingscijfers maken het noodzakelijk om voortdurend en intensief te handhaven. De handhaving start bij zelfregulering door sectoren zelf en ziet zowel op meer toezicht en waarschuwen, maar – in voorkomende gevallen – nadrukkelijk ook op verbaliserend optreden. Voor de strafrechtelijke handhaving is de anderhalvemeterregel nog altijd één van de belangrijkste bepalingen. Daarnaast wordt met name gehandhaafd op de mondkapjesplicht en op (verboden) groepsvorming. Het boetebedrag voor alle overtredingen die zich richten tot de individuele burger is sinds 14 oktober jl. op 95 Euro vastgesteld. «In geval van minderjarigen tot en met 15 jaar wordt een boete gehanteerd van 48 euro opgelegd. In geval van excessen kan een hogere boete worden opgelegd. Daarnaast zijn er met de voorzitters van de Veiligheidsregio's in het Veiligheidsberaad afspraken gemaakt. Deze landelijke afspraken ten behoeve van het handhaven van Corona maatregelen geven een richting waarop er eenduidig opgetreden kan worden. Ook heeft het Openbaar Ministerie voor de strafrechtelijke handhaving een landelijk geldend beleidskader opgesteld, waarin de uitgangspunten voor de handhaving zijn vastgelegd.

#### Vraag 10

Heeft u zicht op de naleving van de coronamaatregelen in sectoren waar thuiswerken onmogelijk is, zoals de bouw? Hoe worden de maatregelen in dergelijke sectoren gehandhaafd?

#### Antwoord 10

In het algemeen werken de verschillende sectoren met richtlijnen vanuit de GGD en het RIVM en vertalen ze die in branche specifieke richtlijnen en protocollen via werkgeversorganisaties en brancheorganisaties. Toezicht op de naleving van deze richtlijnen loopt primair via de daartoe bevoegde toezichthoudende instanties (denk aan NVWA, Inspectie SZW, ILT). Naleving

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 522.

is daarmee vooral bestuursrechtelijk en niet strafrechtelijk (via politie / Openbaar Ministerie).

#### Vraag 11

Wat vindt u van het plan van VNO-NCW om Nederland door middel van een breed opgezette teststrategie uit de coronacrisis te loodsen?<sup>5</sup>

#### Antwoord 11

Het gericht en grootschaliger testen is een ambitie waar het bedrijfsleven, ook in een recent gelanceerd plan, om heeft gevraagd en die door het kabinet wordt omarmd. Het is de ambitie dat in Nederland het testen op COVID-19 sneller, op meer plekken en laagdrempelig kan plaatsvinden. Ik werk samen met de GGD'en, werkgevers en ondernemers, via de samenwerking met VNO-NCW, aan een doorontwikkeling van de teststrategie en een daarbij passende ambitieuze opschaling van de testcapaciteit. In de brief over de stand van zaken COVID-19 aan uw Kamer van 9 december jl. schets ik de kern van deze doorontwikkeling, waarbij de beschikbare testcapaciteit de komende maanden steeds verder wordt vergroot dankzij de inzet van de GGD'en in spoor 1 en de ondernemers en werkgevers in spoor 2. Door risicogericht te testen sorteren we maximaal effect op het omlaag brengen van de besmettingen en straks het stapsgewijs openen van de samenleving.

#### Vraag 12

Wat vindt u van de Slowaakse aanpak om alle inwoners te testen op het coronavirus?<sup>6</sup> Wat is ervoor nodig om dit ook in Nederland te doen?

#### Antwoord 12

Ik volg internationale voorbeelden met belangstelling, maar ook kritisch. Zoals het OMT aangeeft in zijn 89e advies is de effectiviteit van massaal testen op de hele bevolking nog niet aangetoond. De wetenschappelijke publicatie over de ervaring in Slowakije die ik heb gezien noemt als belangrijkste beperking van het onderzoek dat niet kan worden bepaald waaraan de daling van het aantal besmettingen kan worden toegeschreven: aan de strenge maatregelen of aan het massaal testen. In Slowakije ging de populatietest gepaard met een strenge lockdown en zware sancties: iedereen zonder negatief testbewijs moest 10 dagen in quarantaine, en op het niet naleven van de quarantaine stond 1.650 euro boete. Dat zie ik in Nederland nog niet gebeuren. Bovendien werd in Nederland in dezelfde periode in absolute aantallen een grotere daling van het aantal besmettingen gerealiseerd. Tot slot is het langere termijn effect van eenmalig grootschalig testen onduidelijk, zoals ook blijkt uit de Luxemburgse ervaring waar in de zomer de gehele bevolking kon worden getest. Daar is de tweede golf, ondanks een hoge testintensiteit in de voorafgaande maanden, aanzienlijk hoger uitgevallen dan in Nederland. Mijn doel is om in Nederland grootschalig risicogericht testen te ontwikkelen. Dit draagt bij aan het controleren van het virus, en kan daarmee bijdragen aan het open houden van economie en samenleving. In januari starten twee experimenten «grootschalig en frequent testen», waarmee we ervaringen zullen opdoen en kijken wat de beste aanpak is (welke testen, hoeveel testen, welke logistiek en infrastructuur nodig, wat is het effect op het virus, wat is de maatschappelijke impact, testbereidheid etc.). Voor de grootschalige inzet van antigeentesten wordt momenteel de betrouwbaarheid bij asymptomatische doelgroepen onderzocht, bijvoorbeeld de groep die naar voren komt uit het bron- en contactonderzoek en na meldingen van de coronamelder. Tot slot is het van belang ons te realiseren dat alleen testen niet de oplossing voor het indammen van de epidemie is. Daarvoor blijft een combinatie nodig van testen, traceren, vaccineren en naleving van de maatregelen.

<sup>5</sup> VNO-NCW, 7 november 2020, «Ingrid Thijssen: «Testsamenleving biedt Nederland uitweg uit coronacrisis»» (<https://www.vno-ncw.nl/nieuws/ingrid-thijssen-testsamenleving-biedt-nederland-uitweg-uit-coronacrisis>).

<sup>6</sup> de Volkskrant, 8 november 2020, «Het grote Slowaakse experiment: een heel land testen op corona» (<https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/het-grote-slowaakse-experiment-een-heel-land-testen-op-corona~bea8835f/>).

#### Vraag 13

Kunt u aangeven in hoeverre het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk netwerk acute zorg inmiddels is uitgevoerd? Is de uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.700 bedden en de uitbreiding van de klinische capaciteit met 1.300 COVID-bedden al gerealiseerd? Zo nee, wat is hiervoor nog nodig?

#### Antwoord 13

In de stand van zaken-brieven COVID-19 d.d. 27 oktober en 17 november jl. heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over de uitvoering van het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). De uitbreiding naar 1350 IC-bedden en bijbehorende klinische bedden voor Covid patiënten stond per 1 oktober gepland. Dit betreft fase 2 van het opschalingsplan. Het gaat dan om uitbreiding met 200 extra IC-bedden en 400 extra klinische bedden, structureel voor de duur van de pandemie. De volgende stap is de uitbreiding naar 1700 IC-bedden per 1 januari 2021. Dit betreft fase 3 van het opschalingsplan. Het gaat om verdere uitbreiding met 350 extra IC-bedden en 700 extra klinische bedden, die flexibel beschikbaar moeten zijn voor de duur van de pandemie. Om daadwerkelijk gebruik te kunnen maken van de extra uitbreiding van de bedden capaciteit geldt dat de beschikbaarheid van voldoende personeel de bepalende factor is. Hier hebben we – in tegenstelling tot de eerste golf – nu te maken met knelpunten vanwege de hoge uitval van personeel op dit moment; en vanwege de zorgverlening aan het grote aantal COVID-patiënten op de klinische afdelingen van de ziekenhuizen.

#### Vraag 14

Welke afspraken zijn er in de achterliggende maanden (op regionaal niveau) al gemaakt met huisartsen, de thuiszorg, wijkverpleging en verpleeghuizen over het bieden van zorg aan coronapatiënten in de thuissituatie?

#### Antwoord 14

Op 15 april heb ik u geïnformeerd over de afgesproken regionale crisisstructuur, waarin de DPG's een verantwoordelijkheid toebedeeld hebben gekregen voor de coördinatie van zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis van COVID-19-patiënten. Tijdens de eerste golf zijn vele extra plaatsen met cohort verzorging en verpleging beschikbaar gesteld. Ter voorbereiding op de tweede golf hebben de DPG'en op mijn verzoek een landelijk ramingsmodel ontwikkeld, dat uitgewerkt is in regionale opschalingsplannen. Het gaat om opschaling op 3 niveaus: landelijk 300 plekken direct beschikbaar (niveau basis), 550 bedden binnen 72 uur beschikbaar (niveau midden) en 1150 bedden binnen 2 weken beschikbaar (niveau hoog). De regionale opschalingsplannen zijn afgelopen zomer ter akkoord voorgelegd in de betreffende ROAZ-en. Per 1 september wordt gewerkt conform de regionale opschalingsplannen. Vanaf 2 oktober informeert GGD-GHOR mij wekelijks over de stand van zaken, waarbij ook de thuiszorg, GGZ en gehandicaptenzorg meegenomen wordt. Uit deze rapportages blijkt dat er voldoende (en steeds meebewegende) beschikbaarheid is van plekken buiten het ziekenhuis. De kerncijfers uit deze rapportages zijn opgenomen in de diverse brieven aan het parlement waarin bericht wordt over de stand van zaken over COVID-19.

Ten aanzien van de zorg thuis duurde het langer voordat er afstemming plaats vond tussen (lokale) aanbieders, GGD-GHOR's en ROAZ-en. De NZa en IGJ controleren of het overleg in de regio goed verloopt. Zelf zijn mijn collega en ik frequent in overleg met gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, brancheorganisaties en cliëntorganisaties om de zorg en ondersteuning van mensen thuis zoveel als mogelijk te continueren. In de overleggen met deze organisaties worden bijvoorbeeld de randvoorwaarden waarbinnen de zorg en ondersteuning gecontinueerd kan worden besproken en met elkaar afgestemd, denk hierbij aan: gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, toegankelijkheid, meerkosten als gevolg van de Coronacrisis en te volgen RIVM-richtlijnen en handelingsperspectief indien zorg en ondersteuning vanwege een besmetting daadwerkelijk afgeschaald moet worden. De verschillende afspraken die ik maak met de partijen hebben o.a. tot doel «continuïteit van zorg en ondersteuning» en het voorkomen van afschaling van zorg.

Vraag 15

Kunt u aangeven welke maatregelen u nog meer treft om de zorg voor coronapatiënten buiten het ziekenhuis vorm te geven?

Antwoord 15

Op de website van het RIVM is een overzicht van richtlijnen en ondersteuningsmogelijkheden voor de zorg voor coronapatiënten buiten het ziekenhuis. Daarnaast vindt er met de koepels van aanbieders (waaronder huisartsen en ziekenhuizen) en beroepsgroepen van wijkverpleging, huishoudelijke hulp, dagbesteding wekelijks overleg plaats om te kijken welke aanvullende maatregelen nodig zijn om de continuïteit van zorg en ondersteuning te garanderen.

Tevens heb ik u op 14 oktober 2020 de covid-19 strategie voor thuiswonende ouderen gestuurd waarlangs ik momenteel onder andere in de gaten houd hoe de kwaliteit van leven, opschaling en mogelijke afschaling van zorg en ondersteuning verloopt. In het eerste kwartaal 2021 ontvangt u de eerste factsheet hierover.

Een vergelijkbare strategie is ontwikkeld voor mensen met een beperking en chronische ziekte(n), deze is op 3 juni 2020 aan uw Kamer gestuurd. In mijn brief van 17 november heb ik uw Kamer geïnformeerd met een eerste rapportage in dit kader.