

Vergaderjaar 2020–2021

**35 766**

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

**Nr. 3**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 september 2021

Dit voorjaar heb ik van de leden Agema en Wilders (beiden PVV) de initiatiefnota over «*Zorg van Nationaal Belang. Een direct einde aan een deel van de marktwerking. En een zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag*»<sup>1</sup> ontvangen. In hun initiatiefnota doen de leden Agema en Wilders voorstellen aan de Kamer rond de crisisbestendigheid van het zorglandschap. De vaste Kamercommissie voor VWS heeft verzocht om een reactie op deze initiatiefnota. Met deze brief kom ik tegemoet aan dat verzoek. Hieronder ga ik in op de voorstellen uit de initiatiefnota.

#### **Voorstel 1: Een direct einde aan een deel van de marktwerking**

Dit voorstel heeft volgens de initiatiefnemers als doel een aantal essentiële onderdelen van de acute zorg per direct uit de marktwerking te halen door ze van Nationaal Belang te verklaren. Het gaat dan om de ambulancedienst, de spoedeisendehulp, intensive cares en de persoonlijke beschermingsmiddelen. In het voorstel komen voor deze onderdelen vaste prijzen te gelden en wordt een speciaal gezant aangewezen voor over de planning en het beheer. De initiatiefnemers beogen met deze maatregelen de beschikbaarheid van (acute) gezondheidszorg beter te kunnen waarborgen, mede met het oog op toekomstige ontwikkelingen zoals het risico op bijvoorbeeld een nieuwe pandemie.

Als reactie hierop merk ik op dat er binnen de acute zorg al op diverse gebieden maatregelen zijn genomen om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg voor iedereen in Nederland expliciet te borgen, ten koste van vrije keuzemogelijkheden en vrije prijsvorming. Denk daarbij aan de Wet Ambulancezorgvoorzieningen die op 1 januari 2021 in werking

<sup>1</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 2

is getreden, waarin de ambulancezorg in Nederland wordt aangemerkt als een niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB). Voor de ambulancezorg gelden reeds vaste prijzen. Ook wordt in de acute zorg veel gebruik gemaakt van beschikbaarheidsbijdragen, bijvoorbeeld voor de Mobiel Medische Teams (MMT – de zogenoemde traumaheli's), de ambulancehelikopter en spoedeisende hulpposten.

De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie op grond van artikel 56a Wet marktordening gezondheidszorg. Het instrument is geïntroduceerd om de beschikbaarheid van noodzakelijke vormen van zorg te waarborgen. Het betreft hier zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid niet gewaarborgd zijn zonder financiële bemoeienis van de overheid. Dit betekent dat er, naast eventuele vergoedingen voor zorg door de zorgverzekeraar, waar nodig een specifieke beschikbaarheidsbijdrage wordt verstrekt aan een zorgaanbieder om de landelijke dekking van deze vormen van zorg te kunnen garanderen. Ook voor acute psychiatrische zorgverlening en huisartsenposten geldt een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. Bij deze vormen van zorg staat nu ook al het belang van beschikbaarheid van de zorg voorop en daar sluit de huidige bekostiging bij aan.

Om de beschikbaarheid van (acute) gezondheidszorg ook in de toekomst goed te kunnen waarborgen, kunnen op onderdelen verdere aanscherpingen of veranderingen op dit gebied wenselijk zijn. Zo worden in de discussienota «Zorg voor de Toekomst» diverse mogelijke maatregelen genoemd rond de beschikbaarheid en de bekostiging van de (acute) zorg, teneinde de toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg beter te waarborgen. Specifiek over de acute zorg zijn daarnaast oplossingsrichtingen opgenomen in de houtskoolschets acute zorg, die door uw Kamer controversieel is verklaard. Ten slotte merk ik op dat ook verschillende politieke partijen in hun verkiezingsprogramma's verschillende oplossingsrichtingen voorstellen die in meer of mindere mate aanpassingen van het Nederlandse zorgstelsel omvatten.

Gezien de demissionaire status van het kabinet kan ik op dit moment geen voorkeur uitspreken voor een bepaalde oplossingsrichting. Wel werken we op dit moment aan bouwstenen die het nieuwe kabinet kan gebruiken bij keuzes over de inrichting van het zorglandschap. Hierover heb ik uw Kamer op 26 mei 2021 per brief geïnformeerd<sup>2</sup> en wij hebben hier onder meer in het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus op 3 juni 2021 (Handelingen II 2020/21, nr. 84, items 7 en 12) over gesproken. De crisis heeft namelijk laten zien er structurele vraagstukken bestaan over de manier waarop ons zorglandschap is voorbereid op de toekomst. Ons zorglandschap moet robuuster en flexibeler worden, zodat we ook crisissituaties aan kunnen, die we nu niet kennen of kunnen bedenken. Dat geldt voor zowel de curatieve als de langdurige zorg. Daarbij gaat het onder meer om het behouden en uitbouwen van een vorm van zorgcoördinatie, regie en aansturing in tijden van crisis en het behouden van de versterkte samenwerking binnen en tussen de zorgsectoren (zowel cure als caresector) en binnen en tussen regio's, zoals bijvoorbeeld via het ROAZ en de samenwerking met leveranciers en producenten. Er zullen op dit vlak nog de nodige geleerde lessen moeten worden opgehaald om deze en andere vraagstukken vervolgens uit te werken samen met alle betrokken partijen.

---

<sup>2</sup> Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 566.

## **Voorstel 2: Aanleg Zorgcrisisreserve in geval van pandemie, ramp of terreuraanslag**

### *Aanleg Nationale Reserve Zorgverleners*

De COVID-crisis heeft laten zien dat er tijdens crises behoefte is aan een reservecapaciteit van medisch geschoolde zorgprofessionals. In dit kader ben ik gestart met een verkenning naar een nationale reserve van zorgverleners. Hierover heb ik u in de Kamerbrief van 9 maart<sup>3</sup> geïnformeerd. Dit is in lijn met de Kamerbreed aangenomen motie van de leden Pieter Heerma en Wilders<sup>4</sup>, waarin werd verzocht onderzoek te doen naar een Nationale Zorgreserve, in te zetten tijdens een pandemie, ramp of terreuraanslag. Wij verkennen de mogelijkheden aan de hand van scenario's. In de Kamerbrief van 6 juli jongstleden<sup>5</sup> heb ik u geïnformeerd over de contouren van deze scenario's. Deze scenario's worden momenteel verder uitgewerkt, onder andere door gesprekken met het veld en met bestaande reserves. In september informeer ik u over de uitkomsten van de verkenning.

### *Aanleg en beheer van een Zorgcrisisreserve bestaande uit reserve gebouwen, reserve bedden, reserve apparatuur, etc.*

Het zorglandschap moet in de toekomst robuuster, stootvaster en flexibeler, zodat we niet alleen de crisis van gisteren en vandaag aankunnen, maar vooral ook mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken. We zijn ons nog aan het beraden op hoeveel IC-bedden er structureel (vast) nodig zijn. We willen hierbij de zorgprofessionals betrekken en hen om advies vragen. Hierbij wordt onder andere gedacht aan een flexibele capaciteit van materiaal (bijvoorbeeld apparatuur, persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen) en van medisch geschoolde zorgprofessionals (incl. de benodigde opleidingsinspanningen). Besluitvorming hierover is aan het nieuwe kabinet.

Ik heb uw Kamer bij brief van 14 april jongstleden<sup>6</sup> bericht over een voorstel om te komen tot een ijzeren voorraad aan persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) en medische hulpmiddelen (waaronder IC-apparatuur) ten behoeve van toekomstige crises. In dit voorstel worden drie zogenoemde dijken geïntroduceerd om de zorg beter voor te bereiden op en te beschermen ten tijde van crises. Dijk 1 betreft ruimere voorraden bij zorginstellingen zelf, Dijk 2 betreft ruimere centrale voorraden waaronder bij leveranciers en Dijk 3 is de stand-by productie in of dichtbij Nederland. Als «dijkbewaking» wordt voorgesteld om een meldpunt op te richten om actuele informatie over de ontwikkeling van vraag en aanbod inzichtelijk te maken. Ik ben voornemens om uw Kamer nader te informeren over de uitwerking van dit voorstel, inclusief de kosten daarvan. Daarnaast zijn er naar aanleiding van het Verslag Schriftelijk Overleg inzake de brief IJzeren voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen bij crises<sup>7</sup> en de brief Halfjaarlijks voortgang ijzeren voorraad geneesmiddelen<sup>8</sup> vragen gesteld. Mijn reactie daarop is op 9 juli jongstleden naar uw Kamer gestuurd<sup>9</sup>. Definitieve besluitvorming is vervolgens aan het volgend kabinet. Een andere maatregel die in deze context is genomen is de opzet van een

<sup>3</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 433

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 692

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1356

<sup>6</sup> Kamerstukken 32 805 en 25 295, nr. 114

<sup>7</sup> Kamerstukken 32 805 en 29 477, nr. 118

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 701

<sup>9</sup> Kamerstukken 32 805 en 29 477, nr. 118

subsidiereregeling die ziekenhuizen in staat heeft gesteld om een crisisvoorraad van geneesmiddelen die gebruikt worden op de intensive care aan te leggen, waarmee zij vijf maanden regulier gebruik én drie maanden piekgebruik kunnen opvangen.

*Het in eigen land en in eigen beheer produceren en beheren van persoonlijke beschermingsmiddelen.*

Het is niet realistisch en wenselijk om alle persoonlijke beschermingsmiddelen in eigen land en in eigen beheer te gaan produceren. Wel bekijk ik wat een zinvolle aanpak is om de leveringszekerheid van persoonlijke beschermingsmiddelen ten behoeve van toekomstige crises en ook op de lange termijn zo veel mogelijk te garanderen. Ik hecht zeer aan de inbreng en betrokkenheid van veldpartijen in Nederland. Daarom heb ik ter ontwikkeling van een strategische beleidsagenda voor de leveringszekerheid van medische producten in maart ronde tafels georganiseerd om met het veld hierover in gesprek te gaan. Ook de industrie was daarbij vertegenwoordigd. Op 11 mei jongstleden is het toegezegde verslag hiervan naar uw Kamer<sup>10</sup> gestuurd. Verder is het veld op dit punt structureel betrokken via de Klankbordgroep van het programma ijzeren voorraad (Dijkenmodel). Ik verwacht uw Kamer in het derde kwartaal mijn beleidsagenda leveringszekerheid te doen toekomen.

*De speciaal gezant de Zorgcrisisreserve aan te laten sturen. Hij of zij geeft leiding aan de GHOR en de veiligheidsregio's en is verantwoordelijk voor de reserve capaciteitsplanning.*

De huidige pandemie heeft laten zien dat coördinatie tijdens een dergelijke crisis binnen de zorgketen zeer belangrijk is. Daarom werken we op dit moment aan bouwstenen voor het crisisbestendig maken van de zorg, onder andere over het behouden en uitbouwen van een vorm van zorgcoördinatie en over regie en aansturing in tijden van crisis. Een diepgaande evaluatie van de pandemie gaat een scherper beeld geven van het functioneren van crisisbeheersing in de zorg, waaronder de rol van de GHOR. Zoals ik heb aangegeven in het debat over medisch specialistische zorg op 5 juli jongstleden, wil ik daarbij ook het vraagstuk van de doorzettingsmacht betrekken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge

---

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 703