

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 469

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 augustus 2020

Met deze brief informeer ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister van Infrastructuur en Waterstaat en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over een aantal actuele ontwikkelingen met betrekking tot de uitbraak van COVID-19.

De vrijheden die we onszelf deze zomer hebben kunnen veroorloven, gingen gepaard met een grote verantwoordelijkheid. De afgelopen weken laten zien dat mensen zich onvoldoende aan de basisregels houden. Dit is direct van invloed op de cijfers. Zo zien we een toename in het aantal besmettingen en dat is zorgelijk. We moeten met elkaar ervoor zorgen dat we onze kwetsbare mensen, mensen met een beperking, mensen met een chronische ziekte en ouderen, blijven beschermen en de mensen in de zorg de ruimte geven om op adem te komen. We zitten inmiddels in de controlefase. Via het dashboard en maatregelen, zoals testen en bron-en contactonderzoek, houden we de verspreiding van het virus nauwkeurig in beeld. Zo weten we, beter dan in maart, waar het virus zit en kunnen we lokaal maatregelen nemen. Maar het is en blijft van belang dat we ons allemaal aan de gedragsmaatregelen en adviezen blijven houden, alleen dan zal het lukken om het virus onder controle te houden.

Omdat we zien dat het niet vanzelf goed gaat, ontwikkelen we in samenwerking met de veiligheidsregio's en GGD'en instrumenten die lokaal handelingsperspectief bieden en die, waar nodig, met landelijke maatregelen worden ondersteund.

Leeswijzer

In deze brief zal ik u eerst informeren over de laatste cijfers en de huidige situatie nader duiden. Daarna zal ik ingaan op een aantal landelijke maatregelen met betrekking tot studenten, recreatieve instellingen en horeca. Vervolgens ga ik in op het inrichten van een testsetting op de luchthaven Schiphol, asymptomatisch testen en thuisquarantaine. Daarna beschrijf ik de ontwikkelingen met betrekking tot het testen en het bron-

en contactonderzoek en de intensivering van de aanpak van de GGD'en. Tevens zal ik de laatste stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van een COVID-19 vaccin toelichten. Tot slot zal ik ingaan op de voortgang van het opschalingsplan IC-capaciteit en de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen. Ik ga in deze brief niet in op de verpleeghuizen, omdat ik u hierover heb geïnformeerd in mijn brief van 16 juli Lessen verpleeghuizen met het oog op een eventuele tweede golf.¹

1. De cijfers: oplopend aantal besmettingen

Op 28 juli jl. heb ik per brief de laatste stand van zaken met uw Kamer gedeeld met betrekking tot het oplopend aantal positief testuitslagen voor COVID-19 in Nederland.² De afgelopen week hebben we opnieuw een stijging van het aantal positief geteste mensen gezien. Ondanks een lager aantal afgenomen testen afgelopen week, heeft bijna een verdubbeling van positief geteste mensen plaatsgevonden. Dit is een zorgelijke ontwikkeling:

- Het percentage positieve testen op landelijk niveau is deze week gestegen van 1,1% in de week van 20 juli naar 2,3% in de week van 27 juli.
- Van 1.221 positief geteste personen in de laatste week van juli, is dit aantal afgelopen week toegenomen tot 2.151 positief geteste personen. Daarbij dient aangetekend te worden dat dit niet veroorzaakt wordt door het aantal mensen dat zich heeft laten testen. Sterker nog: in de afgelopen week hebben zich ongeveer 10.000 minder mensen laten testen dan de week daarvoor.
- Het reproductiegetal (R) bedraagt momenteel 1,2. Dit betekent dat 100 mensen die besmet zijn met het nieuwe coronavirus samen leiden tot 120 andere mensen die besmet worden. Hoewel het getal lager is dan de 1,4 dat vorige week is gerapporteerd is de bandbreedte nauwelijks veranderd en ligt het getal nog steeds boven de 1,0.

Regionale verschillen

Er zijn grote regionale verschillen in het aantal meldingen³. Met name in Zuid-Holland, Noord-Holland en Noord-Brabant is een toename te zien in het aantal meldingen. In vrijwel alle regio's in Nederland is het percentage positieve testen hoger dan vorige week. Uitschieters hierbij zijn in de GGD regio's Rotterdam-Rijnmond, Amsterdam, West-Brabant, en Haaglanden. Dit zijn ook de regio's waar de meeste bekende clusters zijn, en waar een relatief groot aantal personen getest is omdat zij een nauw contact waren van een persoon met bewezen COVID-19. Rotterdam-Rijnmond is hierbij nog steeds een uitschieter en dat baart zorgen.

Leeftijd positief geteste personen

Een kwart van de positief geteste personen zien we in de leeftijdsgroep van 20 tot 29 jaar. Ondanks dat de kans veel kleiner is dat deze personen in het ziekenhuis terecht komen, kunnen zij wel het virus overbrengen op ouderen. De helft van de in het ziekenhuis opgenomen positief geteste personen is 60 jaar of ouder. Er zijn in de afgelopen week 44 patiënten gemeld die vanwege COVID-19 in het ziekenhuis zijn opgenomen (geweest). Dat zijn er 21 meer dan vorige week.

¹ Kamerstuk 25 295, nr. 461

² Kamerstuk 25 295, nr. 466

³ https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-08/COVID-19_WebSite_rapport_wekelijks_20200804_1306.pdf

Clusters

De GGD probeert via bron- en contactonderzoek de contacten van een besmette persoon in beeld te brengen en de bron van de besmetting te achterhalen. Wanneer de mogelijke setting van de besmetting bekend is en er meer dan 3 personen aan elkaar te linken zijn, spreken we van een cluster. We zien het aantal clusters in Nederland toenemen. Er zijn volgens het RIVM op dit moment 259 actieve COVID-19 clusters bekend in Nederland. Dit is een stijging van 126 clusters ten opzichte van de week daarvoor. De bron voor de meeste besmettingen is nog steeds te vinden in de thuissituatie: bij 44% van alle clusters. De meeste andere besmettingen zijn het gevolg van contact met familie, vrienden, feestjes, op het werk of door andere vrijetijdsbesteding zoals horeca of sportclubs. Dit zijn plaatsen en momenten waar mensen de 1,5 meter maatregel niet naleven.

Ook zijn er zorgen over de verspreiding van het virus onder studenten. Het is bekend dat de groep jongvolwassenen het grootste aandeel heeft in de positieve testuitslagen. Sinds 30 juli zijn zes clusters onder studenten gemeld in Rotterdam en Amsterdam. Bij 1 cluster in Amsterdam moesten al 140 studenten in quarantaine. Het vermoeden bestaat dat er bij studenten sprake is van onderrapportage. De studentenclusters zijn ontstaan tijdens verschillende gelegenheden zoals tijdens een terrasbijeenkomst, in een café en in een strandtent. Er wordt momenteel bron- en contactonderzoek gedaan.

Actuele ontwikkelingen COVID-19-situatie in Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld over de afgelopen periode zien: Aruba (171), Sint Maarten (160), Curaçao (31), Sint Eustatius (3), Saba (5) en Bonaire (5).

Op Sint Maarten is het aantal nieuwe casussen sinds 16 juli verdubbeld: van 79 naar 160. Ter versterking van de lokale dienst publieke gezondheid zijn er deze week via een internationaal medisch uitzendbureau 8 extra verpleegkundigen en een arts infectieziektebestrijding gestuurd en vanuit Nederland een crisiscoördinator ten behoeve van de coördinatie op het bron- en contactonderzoek. Sinds afgelopen zondag geldt een negatief reisadvies voor Sint Maarten (code oranje).

Ook Aruba ziet zich gesteld voor een forse toename van nieuwe casussen en heeft hierop de maatregelen aangescherpt om verdere verspreiding in te perken. Het quarantaine-vrij reizen voor de benedenwindse eilanden is voorlopig opgeschort. We staan wekelijks in contact om de consequenties voor het vliegverkeer te bezien.

Om de personele IC capaciteit in de landen van het Caribisch deel van het Koninkrijk voor het najaar 2020 en voorjaar 2021 op peil te houden, worden er nieuwe afspraken gemaakt met het Amerikaanse medische uitzendbureau. Met het oog op de opschaling van de IC capaciteit in Nederland is het niet mogelijk om in Nederland IC personeel te werven.

2. Maatregelen

Uit de monitoring van de eerder getroffen maatregelen zien we dat mensen zich minder houden aan de basisregels, zoals het in acht nemen van de 1,5 meter en de hygiënemaatregelen. Niet alleen in drukke winkelstraten en in de horeca, maar ook bij kleinere bijeenkomsten in de familiesfeer. Het is van essentieel belang dat deze regels weer beter worden toegepast en nageleefd. Daarom wordt op een aantal punten de geldende maatregelen aangescherpt, om zo meer te kunnen doen op locaties waar besmettingen hebben plaatsgevonden en om preventief te

kunnen optreden teneinde nieuwe besmettingen te voorkomen. Het is in eerste instantie aan de voorzitters van de veiligheidsregio's om te beoordelen welke aanvullende maatregelen zij noodzakelijk achten in hun regio. Het kabinet zal de komende weken de situatie scherp in de gaten houden, en mocht daar aanleiding voor zijn, overgaan tot verdere landelijke maatregelen.

Regionaal en lokaal maatwerk

De stijging van besmettingen met COVID19 verschilt sterk per regio in Nederland. Waar in de veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond de besmettingen op dit moment een sterke stijging laten zien, kent de veiligheidsregio Drenthe een stabiel beeld. Dat betekent dat het nemen van uitsluitend landelijke maatregelen op dit moment niet noodzakelijk en wenselijk is. Lokaal en regionaal maatwerk is gewenst. De basis is dat we lokaal en regionaal maatregelen treffen gericht op de situatie ter plekke om het virus onder controle te houden. Dit sluit aan bij wat ik eerder heb aangegeven, namelijk dat in de huidige controlefase een meer lokale of regionale aanpak voor de hand ligt, omdat we op basis van vroegsignalering eerder kunnen constateren waar mogelijke brandhaarden ontstaan.⁴ Regionale of lokale overheden zijn dan beter in staat effectieve maatregelen te nemen. In deze aanpak hebben burgemeesters en voorzitters van de veiligheidsregio's een cruciale rol.

Veiligheidsregio's hebben diverse mogelijkheden om eigenstandig passende en proportionele maatregelen te treffen. Het kabinet steunt de inzet van deze instrumenten door de veiligheidsregio's en zal daar waar nodig additionele maatregelen nemen. In doorlopend overleg met de voorzitters van de veiligheidsregio's en de GGD'en bespreekt het kabinet hoe ondersteuning vanuit het Rijk verder kan plaatsvinden. Het is immers noodzakelijk om gezamenlijk op te trekken om het virus met succes onder controle te kunnen houden. Zonder uitpuittend te willen zijn, is een aantal middelen die de veiligheidsregio's ter beschikking staat:

- Gedragsmaatregel, zoals mondkapjesplicht, op aangewezen plaatsen (buiten) voor 13 jaar en ouder.
- Het beperken van de openingstijden van horeca en nachtwinkels indien het te druk wordt, geen 1,5 meter afstand wordt gehouden en de hygiëne maatregelen onvoldoende worden toegepast.
- Het verbieden van grootschalige samenkomsten, zoals publiek bij betaald voetbal en trainingen.
- Het afsluiten van parkeergelegenheden om drukte in bepaalde gebieden te voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld bij stranden, natuurgebieden en drukke stadscentra.
- Het intensiveren van *crowd control* op drukke plekken.
- Inzetten op snellere en gerichtere handhaving van bestaande basisregels en het bevorderen van de naleving van sectorale protocollen.

Het is niet uit te sluiten dat indien lokale maatregelen onvoldoende werken, een aantal van deze maatregelen, zoals het verbieden van publiek bij betaald voetbal en het beperken van de openingstijden van de horeca landelijk worden opgelegd.

Landelijke maatregelen

Gelet op de toenemende besmettingen en oorzaken daarvan heeft het kabinet, naast maatregelen die regionaal en lokaal inzetbaar zijn, besloten na overleg met de veiligheidsregio's om een drietal aanvullende preventieve maatregelen te treffen gericht op het voorkomen van de verdere verspreiding van het virus. Deze maatregelen treden op maandag

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 428

10 augustus in werking op basis van een noodverordening van de veiligheidsregio's.

Allereerst is het voor studentengezelligheidsverenigingen voor de start van het komend school/academisch jaar niet toegestaan om fysieke wervings- en introductie activiteiten te ondernemen. Voor studentensportverenigingen en studieverenigingen zijn fysieke introductieactiviteiten slechts toegestaan voor zover gericht op de introductie van de sport en de studie. Universiteiten, hogescholen en instellingen voor middelbaar beroepsonderwijs (de betrokken onderwijsinstellingen) organiseren hun introductieactiviteiten zo veel mogelijk online. Fysieke activiteiten kunnen alleen in kleine groepen plaatsvinden en zijn informatief van aard, bijvoorbeeld gerelateerd aan het voorbereiden van het volgen van onderwijs. Alle fysieke introductieactiviteiten van studieverenigingen, studentensportverenigingen en betrokken onderwijsinstellingen vinden plaats in kleine groepen met handhaving van de 1,5m-maatregel, waarbij een eindtijd van 22:00 uur en een alcoholverbod gelden. Voorts moeten de leiding van betrokken onderwijsinstelling en de voorzitter van de veiligheidsregio hebben ingestemd met de activiteiten. Hoewel het kabinet de meerwaarde van een reguliere introductieperiode inziet en begrijpt dat bovenstaande voor veel jongeren een teleurstelling zal zijn, is het risico op grootschalige verspreiding van het virus te groot. Daarnaast neemt het kabinet in de aanwijzing op dat veiligheidsregio's recreatieve instellingen (zoals horeca, pretparken, enz.) sluiten voor maximaal 14 dagen bij constatering van een bronbesmetting door de GGD. Het gaat hierbij om meerdere besmettingen die gerelateerd zijn aan de locatie. Op deze wijze kan worden onderzocht waardoor deze besmetting heeft kunnen plaatsvinden en kan de eigenaar aanvullende maatregelen treffen zodat onder meer de hygiëneregels en de 1,5 meter maatregel daarna beter toegepast worden.

Tot slot treft het kabinet een aantal aanvullende maatregelen voor de horeca. Afgelopen periode is gebleken dat de bestaande protocollen onvoldoende zijn toegepast en men op veel plekken steeds soepeler omgaat met de geldende regels. Daarom is besloten dat voor alle horeca, zowel binnen als buiten en onafhankelijk van de omvang van de horecagelegenheid, gewerkt moet worden met reservering (van tevoren of aan de deur), een gezondheidscheck (triage) en het toewijzen van een vaste zitplaats (placering). Hiermee wordt een eerdere versoepeling voor horecagelegenheden teruggedraaid. Daarnaast worden alle bezoekers gevraagd zich te registreren. Te vaak loopt het bron en contactonderzoek dood en dat tast een belangrijke pijler in de aanpak van het virus aan. Daarom is het nodig dat bezoekers hun naam en contactgegevens achterlaten zodat de GGD contact kan opnemen bij een besmetting met mensen die de horecagelegenheid hebben bezocht. Het is gebleken dat het uitvoeren van bron- en contactonderzoek bij mensen die in horeca zijn geweest, complex is. Hoe meer en eerder contacten in beeld zijn, hoe sneller en efficiënter de GGD zijn werk kan doen, en hoe sneller ingrijpen mogelijk is. Om die reden is er belangrijk dat gasten in de horeca zich registreren. Het kabinet heeft besloten een registratieplicht in te voeren. De ondernemer wordt verplicht om aan de gasten toestemming te vragen voor het tijdelijk opslaan en – in geval van een besmetting – op verzoek van de GGD doorgeven van naam en contactgegevens ten behoeve van bron- en contactonderzoek. Deze verwerking van persoonsgegevens berust op instemming van de gast. Als een gast geen toestemming wil geven, kan de toegang tot de horeca niet worden geweigerd. Gasten hebben belang bij registratie, omdat zij dan door de GGD benaderd worden met het verzoek om mee te werken aan bron- en contactonderzoek als betrokkene in de horecagelegenheid mogelijk in contact is geweest met een besmette andere gast of personeelslid.

3. Inrichten testsetting, testen van mensen zonder klachten en thuisquarantaine

Met mijn brief van 31 juli jl.⁵ heb ik uw Kamer geïnformeerd over het OMT advies inzake thuisquarantaine en asymptomatisch testen en de stappen die naar aanleiding daarvan worden genomen. Daarbij is de basis: kom je terug uit een vanwege coronarisico's oranje land/regio (hierna: risicogebied) ga dan 14 dagen in thuisquarantaine om te voorkomen dat je onverhoopt het coronavirus hebt meegenomen en anderen besmet. Het OMT adviseerde ook te kijken naar mogelijkheden om deze reizigers te registreren en te kijken naar een mogelijke steekproefsgewijze testsetting voor binnenkomende reizigers. In de vorige brief heb ik een aantal stappen uiteengezet die ik hier verder uitwerk.

a) Terugkerende reizigers uit risicogebieden

Testen van reizigers op Schiphol

Mensen die terugkeren uit een risicogebied hebben een hoger risico op besmetting, omdat er in de omgeving waar ze geweest zijn meer besmettingen waren. Gezien de risico's op de import van het coronavirus, zoals we die ook in maart hebben gezien uit Oostenrijk en Italië, en daarbij nu vooral het risico dat mensen zonder klachten wel met corona (terug-)reizen naar Nederland, is het van belang om te voorkomen dat er verdere verspreiding in Nederland komt vanuit het buitenland.

Het streven is daarom om eind volgende week te starten met een eerste teststraat op Schiphol, waar reizigers uit een risicogebied ongeacht of ze klachten hebben, kunnen worden getest. De voorbereidingen zijn nu in volle gang. In overleg met Schiphol en GGD Kennemerland wordt bepaald welke prioritering we bij de start willen hanteren bij inkomende vluchten. Op Schiphol komen op dit moment elke dag gemiddeld 5.000 mensen per dag aan uit een (deel van een) risicoland. Het gaat dan om de mensen die ook daadwerkelijk Nederland in komen, dus niet mensen die alleen een overstap op Schiphol maken. Van deze circa 5.000 reizigers komen circa 2.000 uit Europese landen en regio's zoals Kroatië, Barcelona en Lissabon, de andere reizigers komen uit derde landen⁶. Overigens is het aantal reisbewegingen naar en van derde landen door het Europese inreisverbod nog sterk beperkt. De cijfers zijn een momentopname van een zeer recente periode. Perioden hierna of hiervoor kunnen daarom afwijken, bijvoorbeeld ook als er iets in de reisadviezen verandert.

De teststraat zal conform RIVM-richtlijnen worden ingericht. Aangezien hier een kans ligt om ook nader onderzoek te doen naar de effectiviteit van asymptomatisch testen, zal het project worden begeleid door het RIVM. Reizigers worden aangespoord om gebruik te maken van de teststraat. Vanaf volgende week wordt gestart met het testen van inkomende reizigers op Schiphol. Het doel is om op korte termijn alle reizigers die op de luchthavens in Nederland binnen komen uit risicogebied zich te laten testen. Ook op Eindhoven Airport en Rotterdam/The Hague Airport komen immers vluchten aan uit landen met een verhoogd corona risico. Op dit moment vliegen er op beide luchthavens gezamenlijk iets minder dan 1000 mensen per dag uit zo'n land naar Nederland waarvan het merendeel op Eindhoven.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 468

⁶ Landen buiten EU/Schengen/ Verenigd Koninkrijk

Proces op Schiphol

Reizigers die op Schiphol aankomen uit een risicogebied krijgen bij aankomst nu al een brief uitgereikt met informatie over thuisquarantaine. Inkomende reizigers zullen vanaf volgende week ook worden gewezen op de teststraat op Schiphol waar zij zich gratis kunnen laten testen. De locatie ligt centraal en is goed bereikbaar.

Thuisquarantaine na een test op Schiphol

Aangezien testen van mensen zonder klachten, asymptomatisch dus, een momentopname is, moet men ook na een negatieve testuitslag nog wel in thuisquarantaine. Testen vervangt de 14 dagen thuisquarantaine dus niet, het is een aanvulling om mensen met een besmetting snel op te sporen en inzicht te krijgen in hoeveel reizigers zonder klachten toch positief testen op COVID-19.

Mensen die niet met het vliegtuig reizen

Niet iedereen die uit een land komt waar vanwege corona een oranje reisadvies geldt, komt met het vliegtuig in Nederland. Er komen ook mensen met de trein of bus, bijvoorbeeld uit Antwerpen, en uiteraard ook veel mensen met de auto. Om ook deze mensen te bereiken zal worden ingezet op aanvullende communicatie bij treinen, bussen en langs de weg. Daar zal ook de boodschap zijn: kom je terug uit een land dat vanwege corona een oranje reisadvies heeft, ga 14 dagen in thuisquarantaine. Indien uit het onderzoek van testen van mensen zonder klachten op luchthavens blijkt dat dit een toegevoegde waarde heeft, zal ik de komende weken besluiten of en hoe we dit ook voor andere terugkerende reizigers kunnen gaan implementeren. Hier zullen we moeten bekijken wat passend is voor welke reizigers en hoe we hen kunnen bereiken met de juiste boodschap.

Registratie reizigers uit risicolanden

In de brief van 31 juli jl. ben ik uitgebreid ingegaan op het intensiveren van de communicatie over de thuisquarantaine. Het OMT adviseerde om reizigers uit corona risicogebieden op enigerlei wijze te registreren. Zoals vorige week aangegeven, heeft het kabinet onderzocht welke mogelijkheden er zijn om reizigers uit risicogebieden te registreren met als doel om een goed overzicht en een adequate informatievoorziening te borgen. Daarvoor zetten we in op het opvragen van passagiersgegevens. Het doel van het opvragen van passagiersgegevens is het uitvoeren van steekproefsgewijze controles, onder andere bestaande uit het nabellen van mensen om te vragen of zij zich aan de thuisquarantaine houden en benadrukken dat zij zich bij klachten direct moeten laten testen. Inzet is om hiervoor, om de GGD niet te belasten, het landelijk call center in te zetten.

Ik ga passagiersgegevens opvragen voor schepen, zoals cruises, en luchtvaartuigen die met reservering werken voor zover vervoerders hierover de beschikking hebben. Dit kan op grond van artikel 53 lid 3 Wet publieke gezondheid. Ik ga met de luchtvaartmaatschappijen en rederijen in gesprek over de praktische uitvoering hiervan.

Voor internationale treinen en bussen ontbreekt een wettelijke grondslag om passagiersgegevens op te vragen. Over de praktische uitvoering ten aanzien van deze vervoersmodaliteiten ga ik samen met betrokken partijen bekijken wat de eventuele mogelijkheden zouden zijn om te kunnen beschikken over passagiersgegevens.

Europese afstemming

Het is van belang om, waar mogelijk, binnen Europa zoveel mogelijk samen op te trekken. Dat doen we bijvoorbeeld door samen te bepalen welke landen buiten Europa/Schengen/VK we veilig achten om het Europese inreisverbod op te heffen. En ook weer in te voeren als het slechter gaat.

b) Personen zonder klachten na een melding van een risicovol contact door de CoronaApp.

Vanaf 17 augustus start een proef met de app in Twente en Drenthe. Daar zal de mogelijkheid worden geboden dat mensen, die een melding krijgen in de app, zich 7 dagen na het risicovolle contact kunnen laten testen, ook als er geen verschijnselen zijn. Ik heb het OMT gevraagd mij te adviseren over de specifieke termijn. Naast deze toets in de praktijk, doe ik een uitvoeringstoets om de gevolgen van deze aanpassing rond het testen voor de GGD in kaart te brengen. Dit om te bepalen wat zij nodig hebben om mensen die een melding krijgen in de app in hun regio 7 dagen na het risicovolle contact te testen. Ik benut de resultaten van de uitvoeringstoets bij de landelijke invoering van de app per 1 september.

c) Testen van mensen zonder klachten

Het RIVM adviseert dat testen van mensen zonder klachten nuttig kan zijn als je de periode van de besmetting en de eerste klachten tot en met de uitslag en de start van het bron-en contactonderzoek zo kort mogelijk maakt.

Ten eerste is het nodig dat we zorgen dat mensen met klachten zich zo snel mogelijk laten testen. Vaak blijken mensen voordat ze zich melden al enige tijd klachten te hebben, daardoor verliezen we kostbare tijd. Snelheid is van groot belang, en snelheid begint bij het besluit van iedereen om zich bij milde klachten meteen te laten testen.

Ten tweede is het van belang dat we het testproces versnellen. Daarvoor is het belang dat alle schakels in de keten tijdig hun werk doen: het maken van een afspraak, de afname van het monster, vervoer naar het lab, testen in het lab, het doorgeven van de uitslag door het lab en het doorbellen van de uitslag door de GGD. De inzet van CoronIT en het testportaal waar ik hieronder op in ga, dragen bij aan een betere werking van de keten. Ik heb het OMT gevraagd mij te adviseren vanaf welk moment het asymptomatisch testen bij nauwe contacten uit het bron-en contactonderzoek voldoende toegevoegde waarde heeft.

4. Stand van zaken intensivering GGD'en

Testen

Vorige weken waren de drukste weken tot nu toe wat coronatests betreft, sinds de start op 1 juni. In de week van 18 tot en met 25 juli werden er 111.764 testen afgenomen. Een toename van 25% ten opzichte van de week ervoor. De afgelopen week lijkt het aantal testaanvragen te dalen. De exacte reden van de huidige toename is niet bekend en ik vraag het RIVM om hiernaar te kijken.

Opschaling is maatwerk; elke GGD-regio houdt de ontwikkelingen binnen de regio nauwgezet in de gaten en schaal op (en ook weer af) als de situatie daarom vraagt. Tegelijkertijd werken de 25 GGD'en nauw samen. Zo is uitwijken naar regio's waar het minder druk is mogelijk voor mensen die verder willen en kunnen reizen.

Ondertussen wordt er door GGD'en gewerkt aan meer aanbod: er worden nieuwe teststraten opgezet, bestaande teststraten worden uitgebreid, openingstijden worden verruimd en werken de GGD aan een verdere uitbreiding van mogelijkheden voor mobiele testafname en afname bij mensen thuis. Alle GGD'en bereiden zich nu al voor op extra capaciteit in het najaar. In dit landelijke opschalingsplan wordt ook ingezet op een flexibele landelijke schil voor testafname: als erin het najaar regio's zijn waar virus plotseling opleeft en er sprake is van een piek, kunnen deze flexibele testfaciliteiten worden ingezet.

Snellere doorlooptijden in de testketen

Ook met uw Kamer deel ik het streven om de doorlooptijd van bellen voor een afspraak tot de testuitslag maximaal 48 uur te laten zijn. Maar dat begint bij de mensen zelf; de ervaring tot nu toe leert dat nog te veel mensen met milde klachten te lang wachten om zich te laten testen. Als vervolgens met 0800-1202 wordt gebeld, is het in de meeste regio's in Nederland mogelijk om dezelfde of de volgende dag een testafpraak te hebben. In een aantal regio's werd dit de afgelopen weken niet gehaald en zijn de betreffende GGD'en hard aan het werk gegaan om dit te herstellen. Dat is in de meeste gevallen ook gelukt.

Het blijkt helaas een stuk lastiger om de tijd tussen testafname en testuitslag binnen de 24 uur te houden en nog te veel mensen moeten langer dan 24 uur wachten op hun testuitslag.

Met de GGD'en maak ik daarom afspraken om de huidige doorlooptijden substantieel te verkorten. Daarvoor is het belang dat alle stappen in de keten soepel verlopen: het maken van een afspraak, de afname van het monster, het vervoer naar het lab, het testen in het lab, het doorgeven van de uitslag door het lab en het doorbellen van de uitslag door de GGD. Vanaf 1 september is het ondersteunende ICT-systeem voor deze testketen (CoronIT) verder verbeterd waardoor een heel precies beeld ontstaat over de doorlooptijden per fase en de knelpunten die er landelijke én lokaal ontstaan. En dat maakt gericht ingrijpen dan ook mogelijk. Vervolgens is het de verwachting dat door het live gaan van het digitaal portaal op 12 augustus (waar je met je DigID zelf een afspraak kan maken en je eigen testuitslag ook zelf weer kunt inzien) de doorlooptijden verder verbeteren. En tot slot ben ik met GGD'en in gesprek over creatieve oplossingen om (vooral de negatieve) testuitslagen sneller aan de burgers terug te koppelen.

In de communicatie wil ik meer de nadruk leggen op de boodschap dat mensen zich bij klachten sneller moeten te laten testen. Vaak blijken mensen voordat ze zich melden al enige tijd klachten te hebben, daardoor verliezen we kostbare tijd. Snelheid is van groot belang, en snelheid begint bij het besluit van iedereen om zich bij milde klachten meteen te laten testen.

Stand van zaken bron- en contactonderzoek

In mijn eerder Kamerbrieven van 22 juli en 28 jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de ontwikkelingen op het vlak van bron- en contactonderzoek. De capaciteit die de GGD'en regionaal beschikbaar hebben voor bron- en contactonderzoek is de afgelopen weken verder opgeschaald. Voor de regionale (2%) alsook voor de landelijke capaciteit (5%) is uitgegaan van percentages van het aantal positieve testuitslagen bij 30.000 testen per dag. De opschaling van de GGD'en is op deze capaciteit gericht. Op dit moment kunnen dagelijks zo'n 600 bron- en contactonderzoeken worden gedaan en de GGD'en kunnen dit met behulp van een landelijke flexibele capaciteit nu snel opschalen naar 1500.

Inmiddels hebben 9 regio's gebruik gemaakt van deze landelijke capaciteit. Dit betrof onder meer de regio's Rijnmond, Amsterdam en Zeeland. Mede hierdoor lukt het om het zo het bron- en contactonderzoek snel mogelijk na ontvangst van een positieve uitslag op te starten. In het overgrote deel van het bron- en contactonderzoek is dit binnen 24 uur.

De GGD is bezig de landelijke capaciteit de komende dagen versneld in te zetten bij die regio's waar het het meest nodig is. Daar bovenop wordt de komende twee weken gewerkt aan een substantiële aanvullende opschaling van nog eens 500 fte.

Op dit moment wordt dan ook op grote schaal bron- en contactonderzoekers opgeleid en de GGD heeft besloten dit proces ook verder te versnellen.

Vergroten van de testcapaciteit aan de laboratoriumkant

Om de capaciteit van de laboratoria al in het najaar voldoende te vergroten, is er na goedkeuring van het OMT besloten om ook gebruik te gaan maken van het zogenaamde poolen van meerdere monsters in één PCR test; een test die het virus aantoonst. Dit kan alleen als het monsters betreft die uit een populatie komen waar hooguit 5% besmettingen zijn. De monsters uit de pools die een positieve uitslag geven, zullen natuurlijke allemaal enkelvoudig opnieuw worden getest zonder dat de testuitslag hierdoor vertraagd zal worden. Dit bespaart overigens ongeveer 40% van de kosten in de laboratoria, terwijl capaciteit per dag in potentie met een factor 5 kan worden vergroot. Ik ga overeenkomsten aan met een aantal laboratoria om daar grote volumes door middel van deze pooling te testen. Populaties met een verwachting van meer dan 5% positieve uitslagen, zoals de nauwe contacten uit het bron- en contact onderzoek (ca. 13% positief) en mensen met ernstige symptomen zullen niet voor gepoold testen in aanmerking komen, omdat de kans op een positieve uitslag in deze groepen meer dan 5% is.

Verder volgt de overheid nauwlettend de ontwikkeling van diverse innovatieve testmethoden, omdat deze bijvoorbeeld minder invasief zijn, snel (binnen enkele minuten) een uitslag geven of goedkoop zijn. Voorbeelden zijn een ademtest, een speekseltest, maar ook testen die op een hele nieuwe manier de aanwezigheid van het COVID-19 virus aantonen door technieken die chemische eigenschappen van het virus middels artificiële intelligentie kunnen herkennen.

5. Stand van zaken ontwikkeling vaccin

Wereldwijd wordt er door vaccinontwikkelaars en -producenten hard gewerkt aan een COVID-19 vaccin. Het zo snel mogelijk ontwikkelen en beschikbaar krijgen van veilige en effectieve vaccins heeft de hoogste prioriteit. In Europees verband wordt intensief onderhandeld met verschillende aanbieders.

Na het akkoord dat de vier landen van de Inclusieve Vaccin Alliantie hebben gesloten met AstraZeneca, is een nieuwe mijlpaal bereikt bij het veiligstellen van vaccins voor de Europese bevolking. De Europese Commissie heeft afgelopen vrijdag in een persbericht laten weten, dat de verkennende gesprekken met het consortium Sanofi Pasteur en GSK (hierna: Sanofi) zijn afgerond. De gesprekken met Sanofi zullen net als die met AstraZeneca uitmonden in een door de Europese Commissie te sluiten contract. Op basis van dit contract zal Sanofi in het derde en vierde kwartaal van 2021 300 miljoen vaccins aan de lidstaten van de Europese Unie leveren, mits het vaccin succesvol alle stappen in de ontwikkeling doorloopt en toegelaten wordt tot de Europese markt. De lidstaten krijgen

een optie om deze vaccins aan te kopen. Sanofi tracht in juni 2021 de toelatingsprocedure bij het Europees Medicijn Agentschap (EMA) succesvol af te ronden, zodat onmiddellijk daarna overgegaan kan worden tot distributie van de vaccins. De afspraken met Sanofi zullen net als die met AstraZeneca uitmonden in een door de Europese Commissie te sluiten contract. De Europese Commissie financiert de aanbetalingen vanuit het Emergency Support Instrument; de kosten voor de vaccins worden gedragen door de lidstaten zelf en meegefinancierd door de Europese Commissie. De Commissie en het onderhandelingssteam voeren op dit moment intensieve gesprekken met een groot aantal aanbieders van kansrijke kandidaat-vaccins. Het doel is om een breed portfolio samen te stellen van vaccins waarbij ook verschillende typen vaccins vertegenwoordigd zijn.

In mijn brief van 25 juni jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de inspanningen van de Europese Commissie om namens alle lidstaten van de Europese Unie zogenoemde advance payment agreements te sluiten met aanbieders van een kansrijk kandidaat-vaccin tegen COVID-19 (Kamerstuk 25 295, nr. 428). De Inclusieve Vaccin Alliantie is opgegaan in dit initiatief van de Europese Commissie voor de centrale aankoop van COVID-19-vaccins voor alle lidstaten van de EU. De Europese Commissie heeft hierbij ook middelen vanuit het Europese Emergency Support Instrument (2,7 miljard euro) beschikbaar gemaakt ten behoeve van deze advance payment agreements. Nederland maakt onderdeel uit van het zogenoemde Joint Negotiation Team dat de onderhandelingen met de aanbieders voert. Naast de Europese Commissie en Nederland zijn Duitsland, Frankrijk, Italië, Spanje, Zweden en Polen in het onderhandelingssteam vertegenwoordigd. Bij de onderhandelingen met vaccinproducenten maakt de Europese Commissie prijsafspraken met producenten waarbij betaalbaarheid en toegankelijkheid van elk Covid-19-vaccin, conform de wens van uw Kamer in de motie van het lid Ellemeet over eisen voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van het COVID-19-vaccin van 2 juli jl.⁷, belangrijke uitgangspunten zijn. Afspraken over het delen van wetenschappelijke data en intellectueel eigendom maken deel uit van het formele contract dat wordt gesloten. Het is mijn nadrukkelijke bedoeling uw Kamer zoveel mogelijk te informeren over de door de Europese Commissie gemaakte afspraken, zoals ik dat ook heb gedaan bij de afspraken met Oxford/AstraZeneca. Het door de Commissie gesloten contract heeft immers gevolgen voor de aankoop van vaccins voor Nederland en daarmee voor de rijksbegroting. Daarmee geef ik invulling aan de wens van uw Kamer geformuleerd in de motie van het lid Ellemeet over eisen voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van het COVID-19-vaccin van 2 juli jl. om zo spoedig mogelijk zoveel mogelijk inzicht te geven in de gemaakte afspraken.⁸

Bij het maken van afspraken met kansrijke aanbieders speelt wetenschappelijke informatie over de kandidaat-vaccins een belangrijke rol. Nederland wordt bij de gesprekken met vaccinproducenten onder andere bijgestaan door experts van het RIVM. In aanvulling hierop heb ik het RIVM gevraagd wetenschappelijke kennis ten aanzien van vaccinontwikkeling te borgen in een wetenschappelijk adviespanel. Dit adviespanel, bestaande uit experts op het gebied van vaccinontwikkeling en infectieziekten, draagt zorg voor de wetenschappelijke, onafhankelijke duiding van de veiligheid, werkzaamheid, toediening en beschikbaarheid van COVID-19 kandidaat-vaccins. Samen met Frankrijk heeft Nederland het initiatief genomen om de inzichten van de nationale wetenschappelijke

⁷ Kamerstuk 35 493, nr. 13

⁸ Kamerstuk 35 493, nr. 13

adviespanels uit te wisselen, zodat deze kennis ook voor de onderhandelingen breed beschikbaar is.

Ik houd u op de hoogte van de verdere ontwikkelingen rond het verkrijgen van Covid-19 vaccins.

6. Stand van zaken uitvoering IC-opstapeling

Vanwege het risico dat er een tweede golf Covid-19 patiënten komt, heeft de ambtsvoorganger van de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) op 18 mei 2020 aan het LNAZ de opdracht gegeven om, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen voor de opstapeling van de IC-capaciteit in Nederland. Op 30 juni jl. heeft de ambtsvoorganger van de Minister voor MZS dit «Opstapelingsplan COVID-19» van het LNAZ ontvangen en met zijn reactie naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 25 295, nr. 455).

Inmiddels zijn de ROAZen en ziekenhuizen bezig met opstapeling van de IC- en klinische COVID-capaciteit. Het gaat om een stapsgewijze opstapeling, van 1.150 naar 1.350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische COVID-bedden per 1 oktober 2020; en aansluitend om opstapeling met nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1.700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden per 1 januari 2021, dus in totaal 1.100 extra klinische bedden. Het gaat hierbij om een *tijdelijke* opstapeling van de capaciteit, alleen bestemd voor het opvangen van COVID-patiënten gedurende de pandemie.

Vanuit VWS is in de afgelopen periode veelvuldig contact geweest met de LNAZ, de ROAZ'en en de koepels van de ziekenhuizen over de uitvoering van het Opstapelingsplan. Aangezien daarover bij deze partijen nog enkele vragen bestonden, heeft de Minister voor MZS de ROAZ-voorzitters op 5 augustus jl. een brief gestuurd met het doel om te verduidelijken welke verwachtingen er zijn bij de uitbreiding van IC- en klinische COVID-ziekenhuisbedden en onder welke voorwaarden deze gefinancierd zullen worden. De Minister voor MZS heeft hen daarbij verzocht om deze brief te delen en bespreken met de ziekenhuizen die binnen het ROAZ een bijdrage zullen leveren aan de benodigde opstapeling van de zorg.

De brief van 5 augustus bevat een nadere uitwerking van hetgeen de voormalig Minister voor MZS in zijn brief van 30 juni jl. aan uw Kamer heeft gemeld. Op één punt heeft de Minister voor MZS – op verzoek van de ziekenhuizen en naar aanleiding van de gesprekken die met hen zijn gevoerd – een heroverweging gemaakt. De voormalig Minister voor MZS heeft in eerste instantie (naar aanleiding van de argumentatie in het Opstapelingsplan) aangegeven dat opstapeling van de capaciteit van ziekenhuisbedden voor COVID-19-patiënten, met name vanwege voordelen van schaalgrootte, gerealiseerd zou moeten worden in de ziekenhuizen die momenteel een grote IC-capaciteit hebben. De ROAZen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben daarop echter aangegeven dat de onder hen ressorterende ziekenhuizen er de sterke voorkeur aan geven om de opstapeling juist meer te spreiden over de ziekenhuizen in de regio's, omdat dit van belang is voor de ketensamenwerking in de regio. De ROAZen en deelnemende ziekenhuizen hebben zich in dat kader expliciet geëngageerd aan de gezamenlijke opstapelingsopgave en aan een lijst met de opstapeling die per ziekenhuis zal worden gerealiseerd. Omdat de Minister voor MZS veel waarde hecht aan deze overeenstemming tussen alle betrokken ziekenhuizen in de ROAZ-regio's, ook voor het nu tijdig opschalen van de IC- en klinische capaciteit, heeft zij ingestemd met de door de ROAZ-regio's ingediende opstapelingsvoorstellen per ziekenhuis.

De opgave waar de ziekenhuizen nu voor staan in het kader van de opschaling van de IC- en klinische COVID-capaciteit is met name fors op het vlak van het personeel. Voor het verlenen van de benodigde zorg in een opgeschaalde situatie zijn veel nieuwe en aanvullende IC-zorgmedewerkers nodig, zodat men gezamenlijk en goed voorbereid een eventuele tweede golf aan kan. Daarbij moeten we ook rekening houden met het feit dat het zorgpersoneel nog herstellende is van hun enorme inspanningen tijdens de eerste golf. Het is dan ook van groot belang dat de deelnemende ziekenhuizen de actiepunten uit het Opschalingsplan op dit punt tijdig in gang hebben gezet. In dit kader heeft de Minister voor MZS alle deelnemende ziekenhuizen verzocht om uiterlijk 28 augustus 2020 hun opleidingsplannen toe te sturen. Bij de uitwerking van deze opleidingsplannen, ook op instellingsniveau, is betrokkenheid van medewerkers en gebruik maken van hun professionaliteit onontbeerlijk.

Op korte termijn zal het kabinet besluiten hoe de kosten van het plan vastgesteld worden en financieel ingepast gaan worden en hoe deze per ziekenhuis en RAV worden vergoed. Intussen zijn de veldpartijen ook op andere onderwerpen die voor de opschaling van groot belang zijn, zoals het vervoer, coördinatie van patiëntenstromen en inzicht in beschikbare bedden, bezig met de opschalingsacties.

Uiteraard zal de Minister voor MZS uw Kamer de komende periode op de hoogte houden van de ontwikkelingen met betrekking tot de uitvoering van het Opschalingsplan.

7. Persoonlijke beschermingsmiddelen

Het Landelijke Consortium Hulpmiddelen (LCH) is ontstaan ten tijde van de COVID-19 crisis om te voorzien in de aanvullende behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen voor de zorg ten gevolge van het virus. Uitgangspunt blijft dat zorgaanbieders de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen zo veel mogelijk via hun reguliere leveranciers blijven inkopen. Het LCH blijft voor zorginstellingen zowel in de cure als de care als noodlijn actief. Indien de reguliere kanalen niet in de behoefte kunnen voorzien kunnen zorgaanbieders voor eventuele (aanvullende) behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen nog steeds terecht bij het LCH. Daarnaast blijven zij ook beschermingsmiddelen beschikbaar stellen voor gebruik in de thuiszorg, voor PGB-ers en mantelzorgers. Het LCH geeft aan voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen te hebben ingekocht om in de behoefte voor de zorg te kunnen voorzien bij een mogelijke tweede golf en blijft waar nodig zorgen voor de aanvoer van benodigde producten. Zoals de Minister voor MZS u eerder heeft gemeld in de Kamerbrief van 4 juni jl. wordt hiernaast georiënteerd op de mogelijkheid tot het aanleggen van een ijzeren voorraad om toekomstige pieken in de zorg te kunnen opvangen (Kamerstuk 25 295, nr. 386). De Minister voor MZS informeert u hier t.z.t nader over.

Het LCH hanteerde tot eind juli «pre-COVID-19»-verkooprijzen terwijl huidige marktprijzen hoger lagen. Hierdoor ontstond het onwenselijke effect dat het LCH niet als noodvoorraad wordt gebruikt, maar als reguliere leverancier in de zorg. Hiermee werd de markt verstoord, waardoor partijen die regulier leverden zich terugtrokken uit de markt. De afhankelijkheid van LCH en daarmee het risico voor levering en beschikbaarheid wordt daardoor groter. Voor de lange termijn was dit een onwenselijke ontwikkeling. Het LCH heeft daarom ingezet op een meer marktconforme prijs, zodat reguliere marktpartijen de mogelijkheid houden om hun product af te zetten en de zorg niet volledig gaat leunen

op het LCH. Dit is in het kader van risicobeperking ook in het belang van de zorgpartijen.

Tot slot

De trend van een toenemend aantal besmettingen moeten we weer zien te keren. Het virus circuleert en dat gebeurt in een hogere mate dan we voor de zomer hadden verwacht. Dus we moeten met elkaar waakzaam blijven om het virus onder controle te houden. Door ons verantwoordelijk te gedragen en ons aan de basisregels te blijven houden. Alleen dan kunnen we de versoepelingen die we eerder met elkaar hebben verdiend, ook de komende periode behouden. Een eerstvolgende brief aan uw Kamer hierover voorzie ik voor 1 september als ik uw Kamer tevens informeer over de uitkomsten van het traject Lessons Learned. Medio augustus ontvangt uw Kamer tevens een brief over de coronamelder app.

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