

## Spreeklijnen en Q&A

<b>Inhoud</b>	
Spreeklijnen.....	4
Besmettingsroute en noodzaak PBM.....	4
Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen.....	7
De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg.....	8
Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?.....	12
Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?.....	14
Opschalen IC-capaciteit.....	16
Categorieën Mondmaskers.....	19
Gepast gebruik mondmaskers.....	20
Mondmasker buiten de zorg.....	21
Niet-medische mondneusmaskers in het OV.....	22
Fitness/sportscholen.....	23
Achtergrond.....	25
Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen.....	25
Q&A Bonden.....	28
1. Q: Hoe kan het dat 6 op de 10 medewerkers in de verpleeghuizen en thuiszorg nog werken zonder persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals blijkt uit enquête van FNV.....	28
Q&As mondkapjes in OV/openbare ruimte.....	30
1. Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?.....	30
2. Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?.....	31
3. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?.....	32
4. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?.....	33
5. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?.....	34
6. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?.....	35
7. Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?.....	36
Q&As mondkapjes LCH.....	37
8. Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?.....	37
9. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen (Baudet etc.).....	39
10. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?.....	41
11. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?.....	43
12. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?.....	44
13. Q: Wat doen we met oplichters.....	45

14.	Q: Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?.....	46
15.	Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?.....	48
16.	Q: Deelt u de mening dat er geen tijd verloren mag gaan bij de ontwikkeling van beschermingsmiddelen van eigen bodem door een gebrek aan ondersteuning vanuit de overheid?.....	49
17.	Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondmaskers?50	
18.	Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?.....	51
19.	Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?.....	52
20.	Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?.....	53
21.	Q: Hoe kan het zo zijn dat er nu te weinig handschoenen zijn en waarom heeft de heer van der Kolk hier niets over heeft gezegd tijdens de technische briefing? Waarom heeft u eerder niet meer besteld?.....	54
22.	Q: Waarom zijn er nog steeds onvoldoende isolatiejassen en schorten? Dit duurt nu al weken! U had toch eerder kunnen voorzien dat er besteld moest worden?.....	55
23.	Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen..	56
24.	wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?.....	58
25.	Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?.....	59
Q&As opschalen IC / reguliere zorg.....		60
26.	Q: Hoeveel covid-patiënten liggen momenteel op de IC's?.....	60
27.	Factsheet IC capaciteit.....	61
28.	Q: Gupta cijfers laten zien dat er veel minder hartpatiënten behandeld worden. Wat vindt u daarvan?.....	62
29.	Q: Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?.....	63
30.	Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?.....	65
31.	Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?.....	67
32.	Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?.....	68
33.	Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg?.....	69
34.	Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?.....	70
35.	Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?.....	71
36.	Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?.....	72
Q&A Sport.....		73
37.	Q: Als volgende week na het OMT-advies wordt besloten dat de fitness eerder open mag, mag dan ook de binnensport open?.....	73
Factsheet Coronacrisis en betaald voetbal.....		74
38.	Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?.....	75
39.	Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële consequenties bij de clubs. Gaat u hen hiervoor steun verlenen?.....	76

40.	Q: Waarom heeft u het scenario in andere Europese landen niet gevolgd? In een aantal landen worden trainingen voorzichtig weer opgepakt en worden wedstrijden zonder publiek gespeeld.....	77
41.	Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?.....	78
42.	Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?.....	79
Q&A Casuïstiek.....		
43.	Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van Sywert van de Linden niet?..	80
44.	Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuitzending – (10)(2a) (10)(2b) (10)(2e)).....	81
45.	Q: Waarom organiseert u niet voor alle Nederlanders chirurgische maskers? (suggestie van der Lienden).....	83
46.	Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?.....	85
Geneesmiddelen.....		
47.	Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?.....	87
48.	Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?.....	88
49.	Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?.....	89
50.	Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?.....	90
51.	Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?.....	91
52.	Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?.....	92
53.	Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?.....	93
54.	Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?..	94
55.	Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?.....	95
56.	Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, wat gaat u daar aan doen? 97	
57.	Q: Is er sprake van acute tekorten?.....	98
58.	Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?.....	99
59.	Q: Gaat u meer productie naar Nederland/ Europa halen?.....	100
60.	Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?.....	101
Q&As Donorwet.....		
61.	Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?.....	102
62.	Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?.....	103
Internationale vergelijking.....		104

**Spreeklijnen****Besmettingsroute en noodzaak PBM**

Voorzitter,

- Ik geef graag een korte toelichting op hoe het coronavirus zich kan verspreiden in relatie tot in welke situaties persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn
- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niezen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.

- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand geen klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.
- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft en niet besmet is.
- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten is of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers. Dat begrijp ik.

- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om berekeneerd af te wijken van de uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM uitgangspunten opgenomen.
- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

**Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen**

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.
- In eerste instantie vond de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, plaats op basis van de aanname dat coronapatiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.

- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.
- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven.

### **De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg**

- Voor de uitbraak van COVID-19 werden beschermingsmiddelen als mondmaskers besteld via reguliere leveranciers. Een zorgaanbieder werkte vaak met enkele vaste leveranciers.
- Je mocht er trots op zijn als je over een zeer efficiënt systeem van bevoorrading beschikte.
- Door de wereldwijde uitbraak van COVID-19 staat de wereld van beschermingsmiddelen op z'n kop. Eerst stortte de productie in; vervolgens explodeerde de vraag naar beschermingsmiddelen wereldwijd. Er ontstond schaarste en de markt veranderde in een tafereel dat soms aan het Wilde Westen doet denken.
- Om verzekerd te blijven van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, was het nodig om - naast de inkoop vanuit zorginstellingen via hun reguliere kanalen -, inkoopkracht en expertise te bundelen om (zonder

winstoogmerk) voor Nederland grote hoeveelheden beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen.

- Dat lukt steeds beter. Het LCH is inmiddels erin geslaagd een robuust netwerk op te bouwen met 50 leveranciers.
- Het LCH heeft op deze markt bijna een miljard mondkapjes ingekocht. Dit gaat om zowel chirurgisch en FFP maskers.
- Er is een portal waar inmiddels 5000 zorginstellingen op zijn aangesloten. En het aantal neemt iedere dag toe.
- De voorraad beschermingsmiddelen wordt dagelijks aangevuld. Deze week komen naar verwachting bijvoorbeeld weer ruim 2 miljoen chirurgische maskers en bijna 5 miljoen FFP2 maskers aan in Nederland.
- Het LCH gaat alleen over tot aankoop van middelen als aan de voorkant alles in orde is. Er moeten bijvoorbeeld geldige certificaten zijn.
- Het LCH voert natuurlijk voortdurend gesprekken met de betrokken leveranciers over de kwaliteit van de beschermingsmiddelen.
- De beschermingsmiddelen worden vervolgens zowel in het land van aankoop gecheckt als ook bij aankomst in Nederland. Het RIVM doet dit in een speciaal daarvoor ingerichte kwaliteitsteststraat bij het LCH.
- En ja, dat betekent dat er middelen afvallen die we niet uitleveren aan de zorg. Bij massa productie is het overigens niet vreemd dat er ook een uitvalpercentage is.

- Dat lijkt mij de goede werking van de afspraken: richtlijnen die aangeven wanneer welke beschermingsmiddelen moeten worden gebruikt op basis van het besmettingsrisico. En dan moeten die beschermingsmiddelen ook voldoen aan de eisen.
- Overigens heeft de afkeuring van een groot deel van de mondkapjes bij het LCH te maken met de filterkwaliteit maar voor een ander deel met de fit. Wij bekijken of deze met een gebruiksinstructie toch gebruikt kunnen worden.
- Het LCH heeft op dit moment voldoende beschermingsmiddelen om aan de huidige vraag in de zorg te voldoen. En er komen iedere dag nieuwe spullen bij het LCH binnen.
- Dit neemt niet weg dat het een uitdaging blijft om beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen. Zo is op moment het aanbod van handschoenen wereldwijd veel beperkter dan het was en ook schorten en beschermingsjassen blijven een aandachtspunt. De grondstoffen hiervoor zijn wereldwijd beperkt.
- Je kunt er nog zoveel bestellen, ze moeten wel eerst zijn geproduceerd en naar Nederland worden getransporteerd. Dat betekent dat het LCH haar mogelijkheden voor transport ook breed inzet. Het LCH werkt zowel met vliegtuigen als met treinen en schepen en dat vanuit zoveel mogelijk verschillende locaties. Deze locaties mogen er meer worden. En het LCH wil samenwerken met

leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit nieuwe landen.

- Dat brengt mij op de andere vraag: komt het door het LCH dat verpleeghuizen met cowboys in zee moeten?
- Nee is daarop mijn korte antwoord. Verpleeghuizen kunnen inkopen bij de betrouwbare reguliere leveranciers en bij het LCH. Het LCH is niet het probleem, maar is juist deel van de oplossing.
- Helaas zijn er naast deze betrouwbare partijen cowboys op de markt en is het dan ook lastig om het kaf van het koren te scheiden.
- Goed toezicht is daarom belangrijk door de NVWA en de FIOD, net als dat zorginstellingen zelf kritisch zijn op de spullen die ze inkopen. Er zijn zorginstellingen die zelf hun spullen soms testen. Dat helpt. Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.
- Terwijl het LCH volop beschermingsmiddelen naar Nederland haalt ben ik ook het gesprek gestart met zowel reguliere leveranciers als zorgaanbieders over de vraag hoe we ook structureel zorgen dat er voldoende beschermingsmiddelen voor medewerkers in de zorg beschikbaar zijn de komende jaren. Dit gesprek wordt ook in Europees verband gevoerd.
- We weten inmiddels allemaal dat de ontwrichting van de markt voor beschermingsmiddelen niet zomaar overgaat.

We hebben het over een fundamenteel andere situatie op de wereldmarkt dan voor covid. Dit vereist dat we met elkaar om tafel gaan om te bespreken welke rol eenieder kan spelen en welke rol ook vanuit de overheid noodzakelijk is.

- Eén spoor daarbij is in ieder geval meer Nederlandse productie. Inmiddels worden in Nederland FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatbrillen en beademingsapparaten geproduceerd en ben ik verheugd te kunnen melden dat ik contracten heb gesloten met bedrijven die chirurgische maskers gaan produceren.
- Maar laat ik hier vooral ook onderstrepen dat er los van de bedrijven waarmee EZK en ik in gesprek zijn ook allerlei andere bedrijven zijn die zelf innovatieve initiatieven ontwikkelen rond beschermingsmiddelen. Dat juich ik toe.

**Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?**

- Nu hoor ik ook wel pleidooien dat er chirurgische kapjes moeten worden ingekocht of geproduceerd voor preventief gebruik in de zorg.
- Ik ben hier niet voor.
- Ten eerste niet omdat het – zoals ik hiervoor al aangaf – in de zorg niet nodig is daar waar er geen besmettingsrisico is.
- Maar ook omdat je onnodig nieuwe schaarste creëert. Bij preventief gebruik heb je het uitgaand van ca 20 kapjes

per dag voor 1,2 miljoen zorgverleners over bijna 9 miljard maskers per jaar.

- Dan loopt je het risico dat zorgmedewerkers die ze nodig hebben over voldoende beschermingsmiddelen kunnen beschikken.

**Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?**

- Dit geldt buiten de zorg al helemaal, het dragen van mondkapjes is niet nodig.
- We weten allemaal dat we 1,5 meter afstand moeten houden, onze handen moeten wassen, drukte moeten vermijden en thuis blijven als we ons niet lekker voelen.
- Dan is er geen vermoeden van besmetting en dan is er ook geen reden om mondkapjes te gebruiken.
- Alleen in het OV hebben we, omdat het soms niet lukt om 1,5 meter afstand te houden, voor alle zekerheid gezegd dat aanvullend op het gedrag waaraan we ons moeten houden (net als in Duitsland en België) niet medische kapjes zullen worden ingezet.
- Een niet-medisch mondkapje draag je niet ter bescherming van jezelf, maar kan bij goed gebruik het risico verkleinen dat druppels uit mond en neus worden verspreid naar de omgeving. Het is geen vervanging van, maar een aanvulling op de geldende hygiëneregels.
- Maar stel je voor dat we wel alle mensen in Nederland een chirurgisch mondmasker zouden dragen, waar hebben we het dan eigenlijk over in getallen?
- Ik hoorde iemand op de radio zeggen dat iedereen in Nederland er 3 per dag nodig zou hebben. Ik vraag me af waar dat op is gebaseerd, maar laten we dat als uitgangspunt voor de som nemen.

- 17 miljoen mensen die elke dag 3 maskers dragen. Dat betekent op jaarbasis ruim 18 miljard kapjes. Ik kan mij niet voorstellen dat dit geen verdringing van voldoende chirurgische maskers voor de zorg oplevert.
- En bovendien een chirurgisch masker kost nu online ca 1. Euro en 18 miljard euro voor niet besmette mensen vind ik veel geld.

### **Opschalen IC-capaciteit**

- Na een piek van het aantal Covid-patiënten op de IC's – tot maximaal 1378 Covid-patiënten begin april – zien we nu gelukkig alweer enkele weken een gestage daling.
- Het is gelukt om de benodigde zorg te bieden: met het nodige kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen.
- De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Een volgende piek willen we hoe dan ook voorkomen.
- De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de beschikbare buffercapaciteit in de ziekenhuizen is dan ook één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.
- We streven naar een situatie waarin we:
  - a. Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
  - b. Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor Covid-zorg;
  - c. Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden.

- Als we structureel deze situatie willen, dan is het realistisch om naar een hogere capaciteit te gaan dan de huidige 1150 IC-bedden.
- Het streven van het kabinet daarbij bestaat uit drie delen:
  - Het gaat enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden;
  - Het gaat anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen,
  - Waarbij we in beide gevallen rekening houden met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.
- Inmiddels heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt.
- Ik realiseer me dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest.
- Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan.
- Daarom heb ik het LNAZ ook nadrukkelijk gevraagd om ook de ledenpeilingen van de FMS en V&VN en het advies van *Chief Nursing Officer* (CNO) Professor Buurman mee te

nemen bij de uitwerking van de opdracht.

- Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september komt het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.
- Dan nog een ander punt over de IC-capaciteit
- Toen we medio maart met de snelle toename van het aantal patiënten op de IC te maken kregen, ging het debat ook over de vraag wat te doen als er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. "fase 3".
- Ik heb een draaiboek laten maken voor een last resort opschalingsmogelijkheid. Dat draaiboek heeft u ontvangen. Ook de KNMG en de FMS werken aan een richtlijn voor die situatie.
- Het zal iedereen duidelijk zijn dat het inzetten van een last resort optie heel veel medisch ethische, medisch inhoudelijke en bestuurlijke vragen oproept. Dit is een situatie waar we met zijn allen niet in terecht willen komen. En dat onderstreept nog maar eens het belang van de maatregelen die het kabinet neemt en de acties die we inzetten, zoals het eerder genoemde plan om de IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen fors uit te breiden.

**Categorieën Mondmaskers**

- Medische mondmaskers hanteren we als verzamelnaam voor de maskers die in de zorg worden benut bij zorgverlening aan patiënten. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:

*Adembeschermingsmaskers*

- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. Deze dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg in vitale sectoren zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.
- (Evt: ik kan me voorstellen dat u de term "medisch mondmasker" hier verwarrend vindt. Maar het gaat bij deze bedrijfsprocessen om veel kleinere volumes dan in de zorg).

### *Chirurgische mondneusmaskers*

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt. Ook beschermen ze de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Bijvoorbeeld tijdens een operatie.

- Het RIVM adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

### **Gepast gebruik mondmaskers**

- Het gebruik van maskers is gekoppeld aan specifieke handelingen en specifieke situaties.
- Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan bijvoorbeeld over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.
- Zo kunnen FFP2-maskers slechts voor beperkte tijd gedragen worden omdat het voor zorgmedewerkers intensief is. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

**Mondmasker buiten de zorg**

- Het OMT heeft advies gegeven over het gebruik van maskers buiten de zorg.
- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene basisregels zoals thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten, het handhaven van de 1,5 meter afstand tussen mensen en (hand-) hygiëne.
- Essentieel is dat dat waar dit kan ook triage wordt toegepast. Dit houdt in dat voor aanvang van een dienstverlening wordt vastgesteld of de cliënt klachten heeft die passen bij COVID-19 en of de cliënt een huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Het OMT concludeert dat met deze maatregelen persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondneusmaskers, niet noodzakelijk zijn.

**Niet-medische mondneusmaskers in het OV**

- In situaties waar triage en 1,5m afstand houden niet mogelijk is, zoals het OV, geeft het OMT aan dat niet-medische mondneusmasker bij juist gebruik kunnen bijdragen aan het voorkomen van de verspreiding van het virus.
- Deze maskers zijn ter bescherming voor de anderen om de reiziger heen en dus niet voor de reiziger zelf.
- Het gaat hier nadrukkelijk om **niet-medische mondneusmaskers**. Medische mondkapjes, die blijven voor de zorg.
- Hoe weet je of je met een masker te maken hebt dat niet eigenlijk voor medische gebruik is bedoeld?
- Deze maskers zijn niet voorzien van een CE-markering - die bestaat namelijk nog niet voor niet medische mondmaskers - of mogen verwijzen naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is. Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.
- De NEN brengt 19 mei een advies uit waar een niet-medisch mondneusmaskers aan moet voldoen en hoe dit masker moet worden gebruikt.
- Ik verwacht overigens dat op korte termijn ook op Europees niveau een specificatie zal worden gepubliceerd.

**Fitness/sportscholen**

- Het kabinet heeft het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn, omdat onvoldoende helder is dat dit geen risico's oplevert
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 6 mei op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Met de brancheorganisatie van de fitness NLactief heeft minister van Rijn op 12 mei gesproken
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover leggen we ter beoordeling voor aan het OMT
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is

- Daarbij dient opgemerkt te worden dat fitness niet geïsoleerd van andere zaken beoordeeld wordt, iedere versoepeling moeten we in een totaalbeeld plaatsen, fasering is cruciaal
- Ik heb dan ook met Nlactief besproken hoe we de branche kunnen ondersteunen als het voorlopig als gevolg van het coronavirus nog niet mogelijk is om open te gaan

## **Achtergrond**

### **Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen**

- **Op 27 februari** is de eerste patiënt in Nederland positief getest op COVID-19. Op dat moment en in de periode daarna was er in Nederland geen sprake van wijdverspreide transmissie van COVID-19. De kans was dus nog klein dat iemand in Nederland in aanraking zou komen met het coronavirus. Het beleid was daarop gebaseerd. Dat gold ook voor zorgmedewerkers. Daarna is het beleid steeds aangepast, afhankelijk van de stand van zaken rond de uitbraak en op basis van de adviezen van het OMT.
- **Vanaf 2 maart** gold als beleid voor verpleeghuizen en thuiszorg dat medewerkers die in een gebied met wijdverspreide transmissie zijn geweest, thuisblijven zodra zij zich niet lekker voelen (beginnende verkoudheid, keelpijn of verhoging). Dat gold ook voor vrijwilligers en bezoekers in verpleeghuizen.
- Daarnaast was het belangrijk de hygiëne goed in acht te nemen, dus hoesten of niezen in de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en handen wassen voor en na de verzorging van patiënten.
- **Op 6 maart** was het advies van het RIVM aan zorgmedewerkers die in contact waren geweest met een besmette patiënt om bij de geringste klachten van verkoudheid of luchtweginfecties thuis te blijven en contact

op te nemen met de controlerende instantie om zich te laten testen.

- **Toen het aantal besmette patiënten** in Brabant toenam werd het advies gegeven voor inwoners van Noord-Brabant om sociale contacten te beperken als zij last hebben van verkoudheid, hoesten en/of koorts. Dit gold ook voor zorgmedewerkers. Deze medewerkers werd gevraagd om bij luchtwegklachten thuis te blijven en contact op te nemen met hun werkgever of zij mochten werken en of er diagnostiek moet worden ingezet.
- **Op 10 maart** is de eerste richtlijn voor de inzet van personeel buiten de ziekenhuizen opgesteld en verspreid. In deze fase werd onderscheid gemaakt tussen 2 situaties:
  1. de situatie dat de medewerker in een risicogebied was geweest of direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. In dat geval was het advies om bij verkoudheidsklachten of hoesten thuis te blijven in overleg met de werkgever of te testen
  2. de situatie dat de medewerker niet in een risicogebied was geweest of geen direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. Hier was het advies dat men met klachten door kon werken. In deze situatie was de kans groot dat het geen coronabesmetting betrof maar andere luchtwegklachten. Bij koorts gold overigens altijd: stoppen met werken.

- **Vanaf 20 maart** golden voor medewerkers in o.a. verpleeghuizen met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) 3 opties:
  - thuisblijven tot 24 uur geheel klachtenvrij
  - persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken zodat de medewerker de patiënt niet besmet
  - medewerker testen.
- **Vanaf 6 april** is het testbeleid voor alle zorgmedewerkers verruimd en kan iedereen met lichte klachten zich laten testen.
- **Per 10 april** is ook het testbeleid voor bewoners verruimd. Uitgangspunt is dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 getest wordt, ook als er al 1 of 2 positief geteste patiënten zijn op een afdeling.
- Volgens de richtlijnen is dus behalve in het begin in een specifieke situatie waarin de kans klein werd geacht dat het om COVID-19 ging, **doorwerken met klachten alleen geadviseerd als er geen koorts was en met gebruik van beschermende middelen**. Ook is testen steeds als mogelijkheid aangegeven.

**Q&A Bonden****1. Q: Hoe kan het dat 6 op de 10 medewerkers in de verpleeghuizen en thuiszorg nog werken zonder persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals blijkt uit enquête van FNV**

- Volgens de richtlijnen van het RIVM is het alleen nodig om beschermende middelen te gebruiken bij verpleging, verzorging of lichamelijk onderzoek bij COVID-19- patiënten of mensen met COVID-19-klachten en het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden.
- Het is dus niet nodig *altijd* beschermingsmiddelen te gebruiken zoals door de FNV wordt gesuggereerd. Daarom is het heel belangrijk om voordat de zorg plaats vindt elke keer te checken of een cliënt klachten heeft en of de zorg veilig verleend kan worden (het check-gesprek).
- Dit is niet altijd mogelijk en in de praktijk ook niet altijd van tevoren duidelijk. Daarom is vanaf 1 mei expliciet ruimte gegeven aan professionals om op basis van een professionele inschatting beredeneerd af te kunnen wijken van de algemene uitgangspunten. En dus bij gereede twijfel over de aard van de klachten beschermingsmiddelen te gebruiken. In tegenstelling tot wat FNV beweerd is de RIVM-richtlijn dus wel aangepast.

- V&VN heeft hiervoor in samenwerking met IGJ, Actiz, Zorgthuisnl, VGN en RIVM een handreiking opgesteld met handvatten die op 14 mei is gepubliceerd. Daarover heb ik ook gesproken met de vakbonden. De bonden is gevraagd om een voorstel te doen voor een handreiking voor professionals die Wmo ondersteuning verlenen. Dat heb ik vandaag met de bonden afgesproken.
- Voor deze situaties moeten dus ook voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn.
- Algemeen preventief gebruik van PBM door alle zorgmedewerkers is dus niet nodig en niet wenselijk omdat het ook schijnveiligheid kan geven en dit bijdraagt aan de schaarste die we juist willen voorkomen. Uiteraard zijn wel altijd de algemene hygiënemaatregelen nodig.

**Q&As mondkapjes in OV/openbare ruimte****1. Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?**

- Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
- Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
- Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
- Werkgevers in het OV zullen professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruiken, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.
- Omdat in het OV de anderhalve meter niet altijd kan worden gehandhaafd en geen check vooraf mogelijk is, heeft het kabinet besloten mondkapjes te verplichten als extra maatregel bovenop de hygiënemaatregelen.

## **2. Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?**

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting. Het OMT wijst er ook op het belang van de algemene hygiënemaatregelen en stelt dat gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte weinig meerwaarde biedt en zelfs naleving van de algemene maatregelen hiervan kan schaden. Daarnaast stelt het OMT dat medische mondkapjes voorbehouden moeten blijven aan de zorg.
- Het OMT heeft wel aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet, met alle mitsen en maren, besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld (evt: waar dit bij contactberoepen wel kan). Voor dit doel is het niet noodzakelijk om medische mondkapjes te gebruiken. Dit is ook vergelijkbaar met maatregelen in de landen om ons heen.
- Door te benadrukken dat het om niet-medische mondkapjes moet gaan kunnen medische mondkapjes voorbehouden

blijven aan de zorg en worden niet de indruk gewekt dat er sprake is van bescherming zoals in een medische setting.

**3. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?**

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-)hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om en anderhalve meter afstand te houden en vooraf een checkvraag te stellen.

**4. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?**

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.

**5. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?**

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om aanbevelingen te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes.
- Deze aanbevelingen zijn op 19 mei gepubliceerd.
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder handvatten voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel.

**6. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?**

- Via de aanwijzing van de minister van VWS aan de voorzitters van de veiligheidsregio's wordt de verplichting voor de niet-medische mondkapjes voor de reizigers in het OV geregeld.
- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer 2000.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

**7. Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?**

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar geen check vooraf mogelijk is en de anderhalve meter niet kan worden gehandhaafd.

**Q&As mondkpajes LCH****8. Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?**

- Bij de uitlevering van producten wordt gebruik gemaakt van een verdeelmodel met daarin een toestemmingstabel en een normering opgesteld door LCH en GGD GHOR Nederland (ism LNAZ) en in samenwerking met Gupta Strategists.
- Dit model is gebaseerd op het verdeelmodel van VWS en wordt gebruikt om de maximale vraag te bepalen aan de hand van een aantal parameters (wel / geen zorg aan verdachte/besmette patiënten, wel/geen risicovolle handelingen, aantal medewerkers, sector, etc).
- Indien de vraag hoger is dan volgens dit model het geval is, dan schaal het model de vraag terug naar een normvraag (maximale vraag). Bij extreme schaarste maakt het model gebruik van regiokennis van de PBM coördinatoren in de ROAZ regio's. Indien noodzakelijk neemt LCH contact op met instellingen om verschillen tussen vraag en norm te duiden.
- Het aantal dagen dat wordt uitgeleverd is afhankelijk van de mate van schaarste:
  - groen > 4 weken voorraad = 10 dagen PBM uitleveren aan instellingen;
  - geel > 1 – 4 weken voorraad = 5 dagen PBM uitleveren;

- oranje is 3 – 7 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren;
  - rood < 3 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren of gemaximeerd op de aanwezige voorraad.
- 
- De huidige voorraadstand bij LCH zorgt ervoor dat op dit moment alles in de categorie Groen (10 dagen) valt, behalve de handschoenen, hier wordt momenteel een max van 5 dagen gehanteerd (op basis van de huidige voorraad).

**9. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen (Baudet etc.)**

- Op 22 april heeft minister de Jonge een briefje ontvangen van de heer Baudet met een mogelijke aanbieding voor mondbescherming.
- De contacten met betreffende persoon liepen al vanaf 19 maart.
- Meneer heeft een aanbieding gedaan van FFP2-maskers met een CE-certificaat van een niet erkende Notified Body.
- Bovendien was dit certificaat opgesteld nadat een eerste afwijzing was verzonden bij gebrek aan documentatie.
- Het bijgevoegde testrapport is afgegeven door een niet geaccrediteerde instelling.
- Ook de aantallen te leveren maskers waren gedurende het proces steeds niet duidelijk.
- Er is om een sample gevraagd. Deze zou zijn verstuurd maar is nooit ontvangen.
- De prijs is 2x zo veel als de gemiddelde maskers die ook nu worden ingekocht en ook binnenkomt.
- Kortom: er is nooit tot aankoop overgegaan.
  
- Daarnaast speelt ook nog een tweede lead via de heer Baudet.
- Het LCH heeft de betreffende producten ontvangen. Maar een klein deel hiervan is door de kwaliteitscontrole gekomen, het grootste deel is afgewezen vanwege onvoldoende kwaliteit.

- Het LCH heeft veelvuldig contact gehad. Dit heeft nooit tot een deal geleid. Aangezien LCH momenteel voldoende vaste aanbieders en voorraad FFP-2 maskers heeft is het aanbod afgewezen.

**10. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?**

- Mondkapjes werden voor Corona ingekocht bij reguliere leveranciers zoals 3M. Nu worden ze daarnaast ook ingekocht vanuit onze Nederlandse productie en zoals bij u bekend is vanuit Azië.
- De producten die het LCH inkoopt zijn veelal van de leveranciers uit Azië. Zij controleert op verschillende momenten op kwaliteit. Daarmee zorgt het LCH er voor dat zij de zorg van goede beschermingsmiddelen voorziet. Dat is het goede nieuws.
- Controle, ook in een teststraat van het RIVM, betekent ook dat beschermingsmiddelen worden afgekeurd. Navraag bij het LCH leert dat eind vorige week ongeveer 11% van de maskers die het LCH had ingekocht zijn afgekeurd. Daarnaast wordt er voor een batch van bijna 4 miljoen FFP2 maskers die niet volledig voldoen aan de geclaimde kwaliteit onderzocht of ze met extra toelichting wel kunnen worden benut in de zorg.
- Een veel voorkomende oorzaak is dat de fabrieken, ook de betrouwbare partners, onder flinke druk staan om met stoom en kokend water de mondkapjes te produceren voor de gehele wereldmarkt en daardoor in voorkomende gevallen niet voldoen aan de door ons gestelde (en afgesproken) kwaliteitseisen.

- Ter illustratie: door de enorme druk op grondstoffen wordt soms gekozen voor de inzet van alternatieve materialen. De neusbeugels die normaliter voor mondkapjes worden gebruikt, zouden kunnen zijn vervangen door inferieure materialen, waardoor de fit dermate is aangepast waardoor het niet meer aan onze kwaliteitseisen voldoet. Op dit soort zaken moeten we dus goed controleren.
- Het LCH blijft in gesprek met leveranciers om dit te verbeteren.
- En heeft inmiddels een deel van de afgekeurde maskers al weer teruggestuurd aan de leveranciers.

**11. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?**

- Op het masker zelf staat het beschermingsniveau waar deze niet aan blijkt te voldoen. Daarmee wordt het inzetten van deze maskers risicovol als ze in handen komen van mensen die niet weten dat er sprake is van afgekeurde maskers en zouden ze zelfs in de zorg terug kunnen komen.

**12. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?**

- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering zullen er geen problemen zijn met de kwaliteit van deze mondkapjes.
- Helaas zijn er naast deze reguliere partijen ook cowboys op de markt. Bij niet reguliere leveranciers kan het lastig zijn om het kaf van het koren te scheiden
- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.

### 13. Q: Wat doen we met oplichters

- Zoals eerder is toegelicht door het LCH is er een vechtmarkt voor persoonlijke beschermingsmiddelen ontstaan.
- Oplichters maken daar helaas ook onderdeel van uit.
- De inzet van de NVWA en het FIOD is daarom belangrijk. Zij zien toe op fraude.
- De FIOD is bevoegd voor (opsporing) van financiële fraude.
- De NVWA is toezichthouder voor persoonlijke beschermingsmiddelen bij gebruik door de consument (maskers bij de bouwmarkt) en waren, zoals de zogenaamde niet-medische maskers voor het OV.
- ISZW ziet specifiek erop toe dat zorgmedewerkers en goed beschermd hun werk kunnen doen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorgmedewerker over het juiste type mondmasker moet beschikken voor welke handeling hij moet verrichten.
- De IGJ ziet toe op het leveren van goede zorg, waaronder het gebruik van maskers ter bescherming van de patiënt.
- (eventueel: in praktijk leidt dit ertoe dat ISZW gaat over de zogenaamde FFP maskers, en IGJ over de chirurgische mondneusmaskers.)
- (eventueel: Ik ga nu in gesprek met de gezamenlijke toezichthouders over hoe we oplichterij op de markt kunnen aanpakken.)

**14. Q: Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?**

- Het is een enorme prestatie wat het LCH in niet 3 – maar slechts 2 maanden – heeft bewerkstelligd.
- Als ik even met u kan terugblikken:
  - Voor de coronacrisis zorgde elke zorginstelling zelf voor haar eigen inkoop en voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zorginstellingen hadden hiervoor hun eigen reguliere kanalen van een beperkt aantal leveranciers.
  - Door de coronacrisis ontstond er een vechtmarkt en dreigden er ernstige tekorten in de zorg. Zorginstellingen hadden daardoor moeite om in deze situatie aan voldoende PBM's te komen
  - op **18 maart** komen daarom de inkopers van diverse academische centra, NFU-bestuur en een aantal leveranciers met het idee om het Landelijke Consortium Hulpmiddelen te starten '*Want we zitten allemaal in dezelfde vijver te vissen*'.
  - Op **23 maart** start de inkoop van Persoonlijke beschermingsmiddelen via het LCH. Reguliere leveringen aan zorginstellingen lopen door. Het LCH koopt in wat *extra* nodig is.
- Laat ik hier wel markeren; bij het opstarten van het LCH, was de vraag voor maskers ineens 61 (!) keer groter dan normaal. In totaal zijn inmiddels door het LCH circa 850

miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers in orders verwerkt.

- Als ik kijk naar de inkoopcijfers van het LCH van **medio mei** dan kan worden gesteld dat er enorm veel wordt ingekocht. Het LCH geeft aan dat zorgverleners zich kunnen melden als zij niet in staat zijn om aan PBM te komen via de reguliere kanalen.
- Aandachtspunt blijft het transport vanuit China als het gaat om bestendige leveranties.
- Daarom zet het LCH in op alternatief transport zoals schepen en treinen en blijft LCH op zoek naar leveranciers en aanvoerroutes uit andere landen.

**15. Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?**

- Er zijn de afgelopen maanden ruim 500 voorstellen binnengekomen bij het team dat zich bezighoudt met het beoordelen van voorstellen voor de opstart van productie in Nederland.
- Alle voorstellen worden op gelijke wijze beoordeeld op haalbaarheid, tijdigheid/snelheid van productie en kwaliteit.
- Ik neem hierbij het besluit over de selectie van kansrijke en relevante proposities, daarbij selecteer ik dus niet op de grootte van bedrijven.
- Er is op dit moment sprake van een mix van klein, middelgroot en grote bedrijven die persoonlijke beschermingsmiddelen gaan produceren voor de Nederlands zorg.

**16. Q: Deelt u de mening dat er geen tijd verloren mag gaan bij de ontwikkeling van beschermingsmiddelen van eigen bodem door een gebrek aan ondersteuning vanuit de overheid?**

- Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang.
- Ik juich het dan ook toe dat er vanuit bedrijven zelf diverse initiatieven zijn gestart.
- In de afgelopen weken heb ik in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK ook een aantal relevante initiatieven in Nederland ondersteund en zal dat ook blijven doen.
- Het kan hierbij gaan om verschillende vormen van steun, bijvoorbeeld een afnamegarantie, diplomatieke steun, advies bij de certificering van producten of bijvoorbeeld ondersteuning in transport.
- Inmiddels zijn er diverse contracten gesloten voor de productie van beschermingsmiddelen met zowel kleine als grote ondernemingen in Nederland, van de juiste kwaliteit, waarmee kan worden voorzien in een deel van de Nederlandse vraag.

**17. Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondklappers?**

- Ik vind het belangrijk dat personeel in de zorg veilig kan werken.
- Er zijn RIVM richtlijnen opgesteld hoe veilig kan worden gewerkt. Zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Deze richtlijnen bieden ruimte voor "professional judgement"
- Die richtlijnen zijn waar nodig ook verduidelijkt samen met de werkgevers en werknemers.
- Werkgevers moeten zorgen dat hun medewerkers conform deze richtlijnen kunnen werken.
- Nog steeds is er sprake van een markt voor beschermingsmiddelen die wereldwijd ontworpen is. Daarbij geldt dus dat we zorgvuldig om moeten gaan met beschermingsmiddelen.
- Daarin past niet dat medische beschermingsmiddelen worden gebruikt in die gevallen dat het niet nodig is.
- Het LCH koopt medische maskers in zodat in de extra vraag naar maskers kan worden voorzien.
- Inmiddels heeft het LCH voldoende medische maskers in bestelling om te voorzien in de vraag die zij ontvangt van zorgverleners.

**18. Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?**

- Bij het LCH zijn op dit moment 3,5 miljoen FFP mondmaskers op voorraad en 12 mln. chirurgische mondmaskers.
- Met deze voorraad kan het LCH de vraag, die op dit moment via de portal (waarin alle partijen kunnen bestellen) bekend is, aan voor 12 weken als het gaat om FFP maskers en voor 6 weken als het gaat om chirurgische maskers.
- Daarbovenop komen deze week nog meer dan 2 mln. chirurgische maskers en 5 mln. FFP mondmaskers aan in Nederland.
- In totaal zijn inmiddels circa 850 miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers besteld.
- Het LCH verwacht daarmee te kunnen voorzien in de toekomstige behoefte aan mondmaskers voor de zorg.
- Het LCH is gevormd om in de extra vraag naar PBM's en medische hulpmiddelen te kunnen voorzien. De reguliere kanalen zijn gebleven. Zorgaanbieders maken ook gebruik van deze reguliere kanalen.

**19. Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?**

- Ik vind het prima als marktpartijen medische maskers aanbieden, maar dan wel aan zorgaanbieders. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de maskers voldoen aan kwaliteitseisen en er geen woekerprijzen worden gevraagd.
- Zorgaanbieders hebben zelf reguliere leveranciers en hoe meer leveranciers in Nederland hoe meer medische maskers aan zorgaanbieders aanbieden hoe beter.
- Wat het kabinet niet wil is dat medische maskers worden aangeboden voor niet medisch gebruik. Indien nodig spreek ik de betreffende aanbieders hierop aan.

**20. Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?**

- Nee, integendeel. Beide bedrijven zijn bereid geweest dit te doen op kostprijbasis en verdienen hier, conform de doelstelling van de LCH samenwerking, niet aan.
- Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is een unieke publiek-private samenwerking. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in samenspraak met het ministerie van VWS.
- Het LCH is een open consortium - Iedereen die kan voldoen aan de voorwaarden van belangeloosheid en die kennis en expertise kan bijdragen kan deelnemen.
- In het LCH werken deskundigen uit de hoek van zorgaanbieders, distributiebedrijven, transporteurs en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen samen.
- Het LCH bestaat uit personen en niet uit organisaties en instellingen. Wel brengen deze personen in een aantal gevallen netwerken van hun organisatie in, die kunnen bijdragen aan het oplossen van het PBM tekort in de zorg.
- Leveranciers die in 2019 persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg leverden zijn allen benaderd om mee te doen in het consortium.

**21. Q: Hoe kan het zo zijn dat er nu te weinig handschoenen zijn en waarom heeft de heer van der Kolk hier niets over heeft gezegd tijdens de technische briefing? Waarom heeft u eerder niet meer besteld?**

- Afgelopen weken konden er minder handschoenen uitgeleverd worden dan er werden aangevraagd.
- Een knelpunt is dat voor de productie van medische handschoenen een beperkte beschikbaarheid is van de benodigde grondstof, waardoor de wereldwijde productie niet makkelijk opgeschaald kan worden om in de toegenomen vraag te voorzien.
- Daarnaast blijft het transport ook een uitdaging: de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Door het LCH zijn inmiddels ruim 514 miljoen handschoenen besteld, waarvan nu de eerste 6 miljoen net zijn aangekomen.
- Op dit moment heeft het LCH voldoende handschoenen voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg te kunnen voldoen. [afgelopen week zijn er 4,1 mln. handschoenen aangevraagd]

**22. Q: Waarom zijn er nog steeds onvoldoende isolatiejassen en schorten? Dit duurt nu al weken! U had toch eerder kunnen voorzien dat er besteld moest worden?**

- Knelpunt is op dit moment vooral de schaarse grondstoffen. Dit is een mondiaal probleem.
- Ziekenhuizen en zorginstellingen zetten nu zowel in op gebruik van stoffen jassen als ook hergebruik van jassen.
- Daarnaast moeten de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard gaat met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Ik kan u melden dat voor dit moment voldoende isolatiejassen beschikbaar zijn.
- Zo heeft het LCH voldoende producten op voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg zoals zij deze ontvangt in haar portal te kunnen voldoen.
- Daarnaast heeft het LCH ruim 73 miljoen isolatiejassen en schorten

**23. Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen.**

- Er zijn in Nederland verschillende leveranciers van beschermingsmiddelen. Ik wil niet dat in deze Kamer het beeld ontstaat dat deze geen goede beschermingsmiddelen aanbieden.
- Ik zou het enorm betreuren als zorgaanbieders geen beschermingsmiddelen van hen af zouden nemen want daar zijn die bedrijven juist voor.
- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig.
- Het LCH is er om te voorzien in de extra vraag die is ontstaan door de COVID uitbraak.
- Alle instellingen uit de cure en de care sector kunnen via de daarvoor beschikbare portals de benodigde producten die door het LCH worden uitgeleverd bestellen.
- Wel is er helaas een bonanza ontstaan op de markt van beschermingsmiddelen. Daar horen cowboys bij. Toezicht door de NVWA, ISZW, IGJ en het FIOD is daarom belangrijk.

- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Indien wenselijk kan ik daarover informatie met de koepels delen.

**24. wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?**

- Er zijn vier raamwerkovereenkomsten getekend tussen de Europese Commissie en ingeschreven bedrijven: twee voor persoonlijk beschermingsmateriaal, één voor beademingsapparatuur en één voor laboratorium materiaal.
- Lidstaten kunnen vanaf dat moment contact opnemen met het bedrijf en de betreffende producten bestellen.
- Het feit dat besteld kan worden betekent overigens niet dat ook tijdig of überhaupt geleverd kan worden.
- De handschoenen kunnen bijvoorbeeld de komende maanden niet besteld worden vanwege de té grote mondiale vraag.
- Nederland is nu aan het inventariseren waar het mogelijk is om wél producten te bestellen.

**25. Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?**

- Ook het LCH heeft bestellingen van die omvang geplaatst
- Uit cijfers van het LCH blijkt dat zij de volgende middelen in bestelling heeft:
  - Ruim een miljard medische mondmaskers
  - Half miljard handschoenen
  - 200 miljoen isolatiejassen.

**Q&As opschalen IC / reguliere zorg**

**26. Q: Hoeveel covid-patienten liggen momenteel op de IC's?**

De stand van zaken op 19 mei (cijfers LCPS):

- Er zijn 323 Covid-patiënten op IC-bedden in ziekenhuizen.
  - Waarvan 321 in Nederland
  - Waarvan 2 in Duitsland

## 27. Factsheet IC capaciteit

- De reguliere IC-capaciteit (van voor de Covid-crisis) in de Nederlandse ziekenhuizen is in totaal 1150 bedden.
- Per 5 april 2020 is de IC-capaciteit opgeschaald (geweest) van 1150 naar 2400 beschikbare bedden. Hiervan zijn op het hoogtepunt tot circa 1800 bedden tegelijkertijd bezet geweest, waarvan 1378 met Covid-patiënten.
- Daarnaast is er vanuit Duitsland IC-capaciteit aangeboden (tot maximaal 600 IC-bedden). Op het hoogtepunt waren er 58 Nederlandse patiënten op Duitse IC's opgenomen.
- Sinds medio april daalt het aantal Covid-patiënten op de IC. Stand 19 mei:
  - 321 Covid-patiënten op IC's in Nederlandse ziekenhuizen
  - 2 Covid-patiënten op IC's in Duitse ziekenhuizen
- Er is aan LNAZ een plan gevraagd voor een structureel hogere IC-capaciteit in Nederland, die flexibel opschaalbaar moet zijn. Het gaat om capaciteit van 1700 IC-bedden, opgebouwd uit:
  - 350 IC-bedden voor (non-Covid) acute zorg
  - 550 IC-bedden voor (nog-Covid) reguliere zorg
  - 650 IC-bedden voor Covid-zorg
  - 150 IC-bedden als buffercapaciteit voor onvoorziene omstandigheden
- Er is daarnaast aan LNAZ een plan gevraagd voor een flexibele opschaling van IC-capaciteit vanaf 1700 tot circa 3000 bedden. Dit zal o.a. bestaan uit:
  - 600 IC-bedden in Duitse ziekenhuizen
  - 700 tijdelijke IC-bedden in de ziekenhuizen (op o.a. operatiekamers, IC-boxen etc). Om dit mogelijk te maken, zal reguliere (planbare) zorg moeten worden afgeschaald.
- Als het aantal IC-patiënten boven de 3000 zou komen, is een draaiboek opgesteld voor het inrichten van CABU-voorzieningen (COvid Acute Beademings Unit). Dit is geen (normale) IC-zorg.

**28. Q: Gupta cijfers laten zien dat er veel minder hartpatiënten behandeld worden. Wat vindt u daarvan?**

- Uit het rapport van Gupta komt naar voren dat mogelijk 150.000 tot 200.000 hartpatiënten dit jaar geen zorg krijgen, wat kan leiden tot vele verloren levensjaren.
- De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie maakt zich hier zorgen om en dat begrijp ik.
- Daarom is het goed dat de NZa voortvarend aan de slag is gegaan om samen met de ROAZen te werken aan de opschaling van de zorg.
- We zien ook in de laatste cijfers dat de verwijzingen weer goed op gang komen en dat de verwijzingen voor de cardiologie een sneller herstel laten zien dan die voor andere specialismen.
- Het is belangrijk dat dit herstel doorzet en we iedereen weer zo snel mogelijk kunnen helpen, en als dat niet in het ziekenhuis kan, dan op afstand. Daar zijn in de cardiologie mooie voorbeelden van te vinden die nu goed opgepakt worden door de specialisten.
- Daarnaast zijn we bezig met het opschalen van de IC capaciteit. Dat moet er voor zorgen dat als er een tweede piek komt, we niet meteen alle reguliere zorg opnieuw hoeven af te schalen. Zodat we niet nog meer hartpatiënten krijgen die moeten wachten op de juiste zorg.

**29. Q: Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?**

- Veel reguliere zorg is uitgesteld vanwege de corona crisis.
- We willen dat deze zorg zo snel mogelijk weer geleverd gaat worden.
- Het is hierbij wel belangrijk dat er rekening gehouden wordt met drie belangrijke uitgangspunten:
  - o Er moet voldoende IC capaciteit blijven
  - o Het zorgpersoneel moet verantwoord belast worden
  - o Alleen zinnige en gepaste zorg moet uitgevoerd worden, en als dat kan op afstand.
- Ik heb de NZa gevraagd om de regie te voeren. Hun aanpak bestaat uit verschillende onderdelen:
  1. Er is een urgentielijst opgesteld die per specialisme aangeeft welke reguliere zorg als eerste opgestart moet worden.
  2. Ze geven inzicht in het aantal verwijzingen en het productieniveau in ziekenhuizen.
  3. Er wordt een overzicht gemaakt van alle initiatieven, kansen en belemmeringen
  4. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar alleen opstarten van zinnige zorg en zorg op de juiste plek (wat kan op afstand gebeurt op afstand)
  5. Samen met oa de Patientenfederatie wordt gewerkt aan een landelijke informatiecampagne.

- Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling van de zorg en betreft hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie.
- Naast de opschaling van de reguliere ziekenhuiszorg wordt er ook gewerkt aan de opschaling van de huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging, paramedische zorg, mondzorg en revalidatiezorg.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet en zal bij het ROAZ en de NZa blijven informeren over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

**30. Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?**

- Er zal structureel meer nodig zijn dan de 1150 IC-bedden die er voorafgaand aan de Coronacrisis beschikbaar waren. We willen natuurlijk liever niet dat we die extra capaciteit straks moeten inzetten, maar we willen er wel klaar voor staan als het onverhoopt nodig is.
- Op basis van technische berekeningen van het LPCS en NVIC is de inschatting dat er – in ieder geval totdat er een vaccin beschikbaar is – gemiddeld 650 bedden voor Coronapatiënten nodig zijn.
- Die hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn, maar ze moeten wel heel snel beschikbaar zijn als de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt. En we zullen natuurlijk al eerder op de rem trappen om zo'n toename van Covid-patiënten op de IC te voorkomen.
- Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald naar het normale niveau (circa 550 bedden) en moeten circa 350 bedden IC beschikbaar zijn voor de acute zorg.
- Met daarbij nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden komen we daarmee uit op een totaal van structureel 1700 IC-bedden.

- Het moge duidelijk zijn een dergelijke structurele opschaling van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is. Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel.
- We moeten dit dus goed doordenken en met alle partijen (VenVN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) werken aan een gedragen plan. De LNAZ heeft hiertoe van mij een opdracht ontvangen.

**31. Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?**

- Sinds 11 mei geldt voor paramedici:
  - Zorg mag face-to-face worden geleverd als patiënt en behandelaar geen Covid-gerelateerde klachten hebben.
  - Dan zijn geen beschermingsmiddelen nodig. Wel moeten de algemene hygiënevoorschriften worden gevolgd. Het RIVM heeft een afwegingskader met meer details gepubliceerd.
  - Bij patiënten met Covid-gerelateerde klachten moet de zorg nog altijd zoveel mogelijk op afstand plaatsvinden of worden uitgesteld.
  - Als dit niet mogelijk is, moet met persoonlijke beschermingsmiddelen worden gewerkt. Hiervoor geldt de door de RIVM en beroepsgroepen opgestelde richtlijn.

**32. Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?**

- Er is veel zorgpersoneel ingezet bij de zorg voor COVID-19 patiënten. Hierbij hebben we het over zorgverleners die al op de IC werkten maar ook personeel wat tijdelijk 'geleend' is bij andere afdelingen zoals OK personeel.
- Deze mensen hebben de afgelopen weken heel hard gewerkt en vaak meer diensten gedraaid dan normaal onder emotioneel zware omstandigheden.
- Van deze mensen kan niet onbeperkt zoveel gevraagd worden. We móeten rekening houden met de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel.
- Dat betekent dus ook dat niet iedereen meteen volle bak door kan gaan. Dit is ook één van de redenen dat de reguliere zorg nog niet 100% terug is op het oude niveau en dat het tijd vergt om dit weer op te schalen.

**33. Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg?**

- Dat bepaalt de zorgverlener zelf.
- Hij kan hierbij gebruik maken van de urgentielijst van de NZa die is opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals.
- Hierin staat welke zorg als eerste moet worden geleverd en welke zorg nog even kan wachten.
- Dit overzicht biedt handvatten voor zorgverleners;
- Maar in individuele gevallen kan hier altijd vanaf geweken worden als – naar professioneel oordeel van de arts – de zorgvraag van een patiënt daarom vraagt.

**34. Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?**

- De urgentielijst is inderdaad opgesteld op basis van diagnoses.
- Dit zijn vrij brede begrippen. Dat geeft natuurlijk geen ultieme, alles-omvattende manier om alle mogelijke zorg te verdelen, maar het is op dit moment wel de beste manier.
- Het is ook geen wetmatigheid, het biedt de zorgverlener een praktisch handvat.
- Als de zorgverlener bepaalt dat op basis van de klacht van de patiënt afgeweken moet worden van de volgorde op de urgentielijst dan kan dat. Een patiënt kan in individuele gevallen altijd sneller geholpen worden, als de zorgvraag van de patiënt daarom vraagt.
- Dat geldt ook de andere kant op, als een patiënt in een diagnosegroep valt die hoog op de urgentielijst staat, maar de klacht hoeft niet snel behandeld te worden dan is nog even wachten met behandelen in deze tijd ook op zijn plaats

**35. Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?**

- Ten eerste wil ik benadrukken dat mensen altijd thuisarts.nl raadplegen of contact opnemen met hun zorgverlener als ze denken zorg nodig te hebben.
- Dan wordt samen met de zorgverlener bepaald of zorg op dat moment nodig is en of dat op afstand geleverd kan worden of op een zorglocatie.
- Gelukkig zien we dat het aantal spoedverwijzingen door de huisarts alweer bijna terug is op het niveau van voor de crisis.
- De zorgverleners doen er alles aan om zo snel mogelijk alle benodigde zorg weer op te schalen. Hier zit zeker een stijgende lijn is maar het zit nog niet op het niveau van voor de uitbraak van het Covid-virus.
- Hierbij moet namelijk rekening worden gehouden met de aanwezigheid van voldoende zorgpersoneel, medicijnen en apparatuur (bijvoorbeeld IC-bedden).
- Het ROAZ helpt bij de opschaling van de zorg door dit regionaal te coördineren. Ook de opgestelde urgentielijst biedt houvast en zorgt ervoor dat er goed gemonitord kan worden, zodat mensen in de ene regio niet veel langer moeten wachten dan de in een andere regio.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet. De NZa informeert mij wekelijks over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

**36. Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?**

- Beroepsgroepen zijn hard bezig om de nazorg van patiënten met COVID-19 vorm te geven en te organiseren.
- Inzicht in de zorgbehoefte van de patiënt en capaciteit in de verschillende revalidatietrajecten is hier van groot belang.
- Om de zorgpartijen te ondersteunen onderneem ik een aantal acties:
  - Ik heb ZonMw de opdracht gegeven om de totstandkoming van een multidisciplinaire handreiking voor revalidatie/nazorg voor COVID-patiënten te coördineren en aan te sluiten bij de stappen die veldpartijen zelf al hebben gezet. Uit dit traject moet ook blijken welke patiëntgroepen er zijn en welke zorgbehoefte zij hebben.
  - Ik heb het Zorginstituut om advies gevraagd of de aanspraak in de Zvw voor de eerstelijns paramedische zorg passend is om de revalidatiezorg voor patiënten met COVID-19 op een goede manier te kunnen bieden.
- De NZa onderzoekt of er voldoende capaciteit is voor revalidatiezorg, welke patiëntenstromen (inclusief aantallen) er zijn en of er regie nodig is bij de verdeling hiervan. De NZa doet dit in afstemming met ZonMw.

De IGJ inventariseert de actuele situatie in medisch-specialistische revalidatie-klinieken (MSR). Gekeken wordt naar o.a. de huidige MSR-zorg die wordt geleverd aan post IC COVID-19 patiënten en wat de verwachting is in toestroom van patiënten.

**Q&A Sport****37. Q: Als volgende week na het OMT-advies wordt besloten dat de fitness eerder open mag, mag dan ook de binnensport open?**

- In de OMT-adviesaanvraag loopt naast fitness en sportscholen ook de binnensport mee. Volgende week wordt dat advies bekend.
- Zodra dat er is, zullen we kijken of dit aanknopingspunten biedt om te besluiten of en zo ja, onder welke voorwaarden, de datum van 1 september naar voren kan.
- Vooruitlopend op dat OMT-advies wil ik daarbij wel vast aangeven dat ik me kan voorstellen dat er een differentiatie plaatsvindt in wat er open kan.
- Stel dat triage een punt wordt, stel ik me zo voor dat dat makkelijker is op sportschoolniveau met abonnementen en een toegangspassysteem dan op sporthalniveau, waar mensen veel vrijer in en uit kunnen lopen.
- Maar zoals gezegd wacht ik het eerst het OMT-advies af.

## Factsheet Coronacrisis en betaald voetbal

Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Nederlandse betaald voetbal wordt hard geraakt door de coronacrisis.</li> <li>• Spelers en trainers kunnen niet optimaal trainen, hun conditie op peil houden en wedstrijdritme op doen.</li> <li>• Voetbalfans kunnen niet genieten van de wedstrijden.</li> <li>• Niet spelen of spelen zonder publiek leidt tot forse omzet verliezen waardoor clubs in acute financiële problemen kunnen komen.</li> <li>• Het is in eerste instantie aan de clubs zelf om daar zelf, met gebruikmaking van de beschikbare steunpakketten, oplossingen voor te zoeken.</li> <li>• Maar dat is volgens KNVB, Eredivisie en Keuken Kampioen Divisie, onvoldoende om het betaald voetbal te redden.</li> <li>• Zij zijn een overkoepelend plan aan het ontwikkelen. Daarin wordt ook een financiële bijdrage vanuit de rijksoverheid gevraagd.</li> <li>• Wij zijn daarover met hen in gesprek.</li> <li>• Er moet eerst een goed onderbouwd en doortimmerd plan liggen voordat wij überhaupt iets kunnen beslissen.</li> </ul>
Huidig beleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment kunnen clubs beperkt trainen (onder strikte voorwaarden). Waarschijnlijk duurt dit tot 1 september.</li> <li>• Ook zijn wedstrijden in het betaald voetbal, net als andere grote sportevenementen, verboden.</li> <li>• Betaald voetbal is in veel gemeenten vergunningplichtig. Tot 1 september mogen geen wedstrijden worden gespeeld. Het maakt niet uit of er wel of geen publiek aanwezig is. Na 1 september zouden wedstrijden zonder publiek in principe weer mogelijk zijn. Wanneer en onder welke voorwaarden er weer met publiek kan worden gespeeld, is nog onduidelijk.</li> <li>• De regiegroep Voetbal en Veiligheid is voor de verschillende niveaus afspraken aan het maken en protocollen aan het ontwikkelen. In die regiegroep zitten KNVB, gemeenten, politie en OM. Zij staan in nauw contact met de lokale partijen (clubs, gemeenten, veiligheidsregio).</li> </ul>
Feiten&cijfers	<p>De KNVB heeft berekend dat het betaald voetbal ongeveer 400 miljoen schade oploopt als er tot het einde van het jaar niet of nauwelijks met publiek kan worden gespeeld. Ongeveer 300 miljoen kunnen zij waarschijnlijk oplossen met eigen middelen en gebruikmaking van de generieke steunpakketten van de Rijksoverheid en ondersteuning van gemeenten. Echter voor de overige 100 miljoen is dit niet afdoende. Daarvoor willen zij een 'financieel vangnet' van de rijksoverheid.</p> <p>De KNVB laat nog weten welke kosten hier precies onder vallen. Vervolgens moeten we bekijken welke financiële instrumenten hiervoor kunnen worden ingezet. Als dat plaatje compleet is, kan er een politiek besluit worden genomen over het al dan niet verlenen van extra steun voor het betaald voetbal.</p>
Actualiteit/politieke aandachtspunten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagvlak voor het spelen van wedstrijden in het betaald voetbal is groot; echter het draagvlak voor financiële ondersteuning van betaald voetbal clubs ligt een heel stuk lager. Dat is mede ingegeven door het beeld van de hoge salarissen voor spelers en het financiële mismanagement bij veel clubs.</li> </ul>

**38. Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?**

**A:**

- Zoals het er nu voor staat, kunnen vanaf 1 september weer competitiewedstrijden, zonder publiek, worden gespeeld.
- Echter in welke vorm en onder welke voorwaarden is onderwerp van gesprek in de regiegroep Voetbal en Veiligheid waarin KNVB, OM, politie en gemeenten zitting hebben.
- Hierover kan ik u pas in een later stadium meer vertellen.

**39. Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële consequenties bij de clubs. Gaat u hen hiervoor steun verlenen?**

**A:**

- Ik ben daar nog over in gesprek met KNVB, Eredivisie en Keukenkampioendivisie.
- Zij moeten met een goed plan komen waarin niet alleen gekeken wordt naar de korte termijn maar ook naar de ontwikkeling van de financiële situatie op de langere termijn.
- Ik wil een goed onderbouwd plaatje van de totale schade die wordt geleden, wat clubs/spelers zelf bijdragen aan de oplossing, wat er kan worden gecompenseerd via de steunpakketten van de Rijksoverheid en gemeenten.
- Als dat beeld compleet is zullen we als kabinet kijken of en zo ja hoe het mogelijk is om nog extra ondersteuning aan de branche te geven.

**40. Q: Waarom heeft u het scenario in andere Europese landen niet gevolgd? In een aantal landen worden trainingen voorzichtig weer opgepakt en worden wedstrijden zonder publiek gespeeld.**

**A:**

- De omstandigheden verschillen per land.
- Wij hebben er voor gekozen om de sport te laten aansluiten bij de algemene maatregelen die we hebben moeten nemen om de verspreiding van het corona virus tegen te gaan.
- Daarbinnen kijken we steeds wat mogelijk is om het sporten te hervatten.
- Dat heeft tot dit besluit geleid en daar zullen we het mee moeten doen.

**41. Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?**

**A:**

- Nee dat is absoluut niet het geval. En ik denk dat de clubs dat ook duidelijk aan hun fans hebben laten weten.
- Of weer met publiek gespeeld kan worden is afhankelijk van de impact hiervan op de verspreiding van het virus.
- Ik vind het wel slim om de verkoop nu wel te starten. Het laat zien hoe groot de betrokkenheid van fans bij club is en misschien dat hiermee een stukje van de berekende schade kan worden beperkt.

**42. Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?**

**A:**

- Het uitoefenen van een contactsport is alleen mogelijk indien wordt voldaan aan de regels van het RIVM
- Indien de 1,5 meter afstand niet kan worden gerealiseerd zijn er mogelijk andere oplossingen. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan het testen van voetbalprofs.
- Maar ook daar zal het RIVM eerst advies over moeten geven.
- De regiegroep Voetbal en veiligheid werkt aan protocollen waar ook dit aspect wordt meegenomen

**Q&A Casuïstiek****43. Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van Sywert van de Linden niet?**

- Het LCH heeft al sinds de opstart haar oprichting contact met dhr. van Lienden.
- Het LCH heeft mij laten weten dat dhr. van Lienden (geen 1 miljard chirurgische maskers, maar wel) 120 mln. FFP2 maskers heeft aangeboden.
- Net zoals bij alle partijen, kijken we hier goed naar de kwaliteit en benodigde certificaten en geldt de gebruikelijke kwaliteitsprocedure. Ook hierover zijn we continu in overleg met dhr. van Lienden.
- Er is afgesproken dat hij in ieder geval 40 mln. FFP2 maskers zou leveren aan het LCH. De eerste zending hiervan is onderweg.
- Daarnaast zijn op 15mei jl. chirurgische maskers (3mln) en FFP2 maskers (160K) aangeboden. Het gesprek hierover is nog gaande. De gevraagde prijs van deze maskers is ruim hoger dan waarvoor het LCH deze producten op dit moment in de markt koopt.

**44. Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuitzending – (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)).**

- Sinds deze uitzending heeft het LCH weer veel extra ingekocht. Inmiddels ruim 842 mln. chirurgische en ruim 126 mln. FFP2 maskers.

*Bij doorvragen*

- Er zijn verschillende aanbieders van medische beschermingsmiddelen in Nederland. Die leverden ook al aan zorgaanbieders voor de Corona crisis. En die leveringen lopen waar mogelijk ook door.
- Het LCH is er om naast de reguliere inkoopkanalen, beschermingsmiddelen in te kopen die aanvullend nodig zijn in de zorg, als gevolg van de Corona crisis.
- Er lijken nu voldoende medische beschermingsmiddelen voor de zorg handen. Maar voldoende aanvoer en constante kwaliteit blijft een aandachtspunt.
- Ook de grondstoffen voor veel beschermingsmiddelen als mondkapjes en isolatiejassen – meltblown – is vooralsnog maar beperkt beschikbaar is.
- De markt voor beschermingsmiddelen is voorlopig nog ontwricht en we moeten goed voorbereid zijn op een volgende Coronagolf. Kortom: We moeten de situatie van voldoende bestendigen en voorraad opbouwen. Daarover ben ik in gesprek met inkopers en zorgaanbieders.

- Er kunnen nieuwe producenten en aanbieders komen van medische beschermingsmiddelen voor de zorg. Ik kan me daar alles bij voorstellen nu de vraag zo groot is en voorlopig naar verwachting ook blijft. Met name Nederlandse productie juich ik toe.
- Daarbij zeggen wij wel: medische beschermingsmiddelen zijn voor de zorg. Zorg als leverancier dus dat ze daar terecht komen en niet ergens anders en zorg dat ze kwaliteit krijgen.
- En mocht het nodig blijken kan door het LCH nog verder worden opgeschaald en nog meer worden besteld, maar hier blijft gelden wat nu ook al het geval is: het transport en de constante kwaliteit van de bestelde mondkapjes blijven een uitdaging.

**45. Q: Waarom organiseert u niet voor alle Nederlanders chirurgische maskers? (suggestie van der Lienden)**

- Van Der Lienden suggereert dat er voldoende chirurgische maskers beschikbaar zijn om voor iedereen naar Nederland te halen.
- Dat roept voor mij eerst de vraag op: waarom voor alle Nederlanders mondkapjes?
- Het OMT benadrukt dat het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen, en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Ik kan het niet mooier maken: hier zullen we ons aan moeten houden.
- Verder benadrukt het OMT dat medische mondneusmaskers (dus ook chirurgische) gereserveerd dienen te worden gereserveerd voor gebruik in de zorg conform de vigerende adviezen. Dat vind ik zoals u weet ook heel belangrijk: medewerkers in de zorg moeten beschermd kunnen werken!
- En ja er zijn op dit moment voldoende maskers voor handen om dat te kunnen doen. Daar ben ik blij mee maar we moeten nog wel zorgen dat er ook duurzaam voldoende maskers beschikbaar zijn, ook als er zich weer een volgende Corona golf voordoet. Dat betekent dus bijvoorbeeld dat we aan voldoende voorraden moeten werken.
- Het OMT stelt daarom dat gebruik van niet-medische mondneusmaskers overwogen kan worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

- En laten we ook eens de rekensom doen van voor iedereen in Nederland chirurgische mondkapjes: Van der Lynden noemde in een radioprogramma dacht ik 3 kapjes per dag per Nederlander. Laat het de helft zijn dan zou je per jaar 9 mld chirurgische maskers nodig hebben. Deze kosten nu online pak 'm beet een euro. Dus 9 miljard euro aan mondkapjes voor in principe niet besmette mensen.
- Laten we alsjeblieft in deze ook economische moeilijke tijden het geld inzetten daar waar het nodig is, bijvoorbeeld voor ondernemers die de afgelopen periode veel omzet hebben moeten derven of bijvoorbeeld aan meer IC-bedden in de zorg en de goed geschoolde zorgmedewerkers die daarbij horen.

**46. Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?**

- De maskers zijn een mooi innovatief initiatief.
- Er zijn enkele honderden initiatieven bij mij en mijn collega van EZK en het LCH binnengekomen voor productielijnen in Nederland.
- Ieder initiatief is op inhoudelijke criteria beoordeeld in een periode van 2-3 weken.
- Hierbij is onder meer gekeken naar initiatieven die qua bescherming en qua gebruik zo veel mogelijk aansluiten op reeds gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Ook wordt gekeken of een initiatief tijdig gerealiseerd kan worden voor de zorg, maar ook naar de vraag of een product voldoet aan de kwaliteitsnormen en certificeringen.
- Het snorkelmasker is daarbij niet geselecteerd en de betrokken partijen hebben daar begin april reactie op gekregen.
- Niets staat partijen in de weg op het product zelf op de markt te brengen, als het aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet.
- De maskers moeten op dit moment worden gecertificeerd door een notified body, niet door VWS.
- Ik heb de notified body geattendeerd op de maskers. Certificering zal evenwel tijd vragen, juist omdat het zo innovatie is kun je het moeilijk vergelijken met een gelijksoortig product.

**Geneesmiddelen****47. Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?**

- Er zijn geen signalen dat veel patiënten hun geneesmiddelen niet ophalen.
- Sinds de invoering van de verschillende coronamaatregelen zagen apotheken in eerste instantie een piek in het ophalen van medicijnen op basis van herhaalrecepten.
- Deze lijkt inmiddels genormaliseerd en wat betreft herhalingsmedicatie op een gebruikelijk niveau te zitten.
- Het zijn met name de eerste uitgiftes van geneesmiddelen die achterblijven als gevolg van een afname in de reguliere zorg door de COVID maatregelen.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**48. Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?**

- Nee, het preferentiebeleid is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.
- Wel ben ik met zorgverzekeraars in gesprek op welke manier zij bij hun inkoop rekening houden met veranderende omstandigheden op de wereldmarkt in verband met COVID-19.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**49. Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?**

- Tekorten worden in het algemeen niet veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland maar zijn een wereldwijd probleem.
- Vaak is er sprake van kortdurende leveringsproblemen die worden veroorzaakt door tijdelijke problemen bij productie of distributie.
- De prijs kan wél een rol spelen op het moment dat de productie weer op gang komt en het schaarse middel weer op de wereldmarkt komt.
- Om die reden is het belangrijk dat zorgverzekeraars vroegtijdig aanpassingen in hun inkoop doen op het moment dat er daadwerkelijk een tekort dreigt.
- Ook kan ik in zo'n specifieke casus dat er schaarste is besluiten om de WGP maximumprijs los te laten voor dat specifieke middel.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**50. Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?**

- De lijst met geneesmiddelen die gemonitord worden is een risicogerichte lijst. Dat wil zeggen dat dit geneesmiddelen zijn die internationaal of nationaal aangemerkt worden als producten die gevoelig zijn voor het optreden van een tekort.
- Er wordt begonnen met een lijst van 25 middelen in een testfase.
- Deze lijst wordt vervolgens gefaseerd uitgebreid
- Het CBG heeft een centrale rol in de samenstelling van de lijst met input vanuit marktpartijen.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**51. Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?**

- In de proefperiode worden 25 middelen gemonitord.
- Vervolgens zal gefaseerd worden uitgebreid naar meer middelen op basis van een risicogerichte lijst.
- In overleg met de marktpartijen is gebleken dat dit het beste uitvoerbaar is.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**52. Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?**

- De meldingen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en -defecten blijven een belangrijke pijler van de aanpak. De verplichting om verwachte leveringsonderbrekingen te melden bij het meldpunt door handelsvergunninghouders blijft bestaan.
- De monitor is een aanvullend tijdelijk instrument op het Meldpunt tekorten in deze tijd waarin er sprake is van veel onzekerheden in de productie en distributie van geneesmiddelen.
- Door voor specifieke risicogeneesmiddelen aanvullend preventief te monitoren geeft dit partijen de mogelijkheid om maatregelen te nemen die de situatie van een dreigend tekort kunnen verbeteren.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**53. Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?**

- De marktpartijen van zowel de vraagkant als de aanbodkant leveren gegevens aan bij een trusted third party.
- Deze gegevens worden doorgeleverd aan het CBG die signaleert of er een discrepantie is tussen hoeveel er van een geneesmiddel gevraagd wordt voor de komende maanden en de beschikbaarheid van een geneesmiddel.
- Wanneer hier een discrepantie wordt gesignaleerd neemt het CBG contact op met de betreffende handelsvergunninghouders zodat preventief maatregelen genomen kunnen worden om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**54. Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?**

- Op dit moment zijn er geen signalen dat er in de komende weken acute, onoplosbare tekorten gaan ontstaan van COVID medicatie, zoals IC geneesmiddelen.
- Desalniettemin vind ik het belangrijk om met partijen wel vast na te denken over de handelingsopties bij eventuele tekorten in de toekomst.
- Onder andere het borgen van een goede verdeling van schaarse geneesmiddelen en het maken van keuzes over alternatieve behandelopties zijn belangrijke aandachtspunten.
- Ik praat daarom de komende weken met veldpartijen over wat we al kunnen regelen en uitdenken om bij acute tekorten snel en efficiënt te kunnen handelen.
- Ik betrek hierbij partijen uit de eerstelijnszorg, langdurige zorg en ziekenhuiszorg.
- *[Eventueel: ik zal uw Kamer informeren over de afspraken die ik met partijen hierover maak].*

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**55. Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?**

**Algemeen**

- Onlangs (6 april 2020) heeft het meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten de rapportage over 2019 van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten bekend gemaakt.
- Gebleken is dat er een verdubbeling heeft plaatsgevonden van het aantal verwachte leveringsproblemen (3070 ten opzichte van 1390 meldingen in 2018).
- Het ging om 1965 verschillende geneesmiddelen.
- Een melding hoeft niet te betekenen dat er daadwerkelijk een tekort ontstaat.

**COVID-19**

- De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden, onder andere door lockdowns en productieonderbrekingen in India en China.
- Het risico op geneesmiddelentekorten neemt daardoor in de komende maanden toe.

- Daarnaast is ook de wereldwijde vraag naar COVID-19 gerelateerde middelen, waaronder IC medicatie, sterk toegenomen.
- Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen.
- Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie.
- Daarnaast hebben de partijen in de gehele geneesmiddelenketen<sup>1</sup> ingestemd om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten voor een beperkt aantal geneesmiddelen.
- Het CBG heeft hiervoor een risico gerichte lijst opgesteld.
- Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt, en is op vrijwillige basis.
- Partijen kunnen zo zelf preventief maatregelen nemen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

---

<sup>1</sup> De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**56. Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddeltekorten, wat gaat u daar aan doen?**

- De afgelopen weken is in de kamerbrieven over de stand van zaken over COVID-19 aandacht geweest voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.
- Aanvullend op het reguliere meldpunt geneesmiddeltekorten en –defecten van de IGJ en het CBG is sinds enkele weken het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen opgericht om de beschikbaarheid van IC medicatie te monitoren.
- Daarnaast komt er vanaf 7 mei een tijdelijke monitor voor (een deel van) de algemene geneesmiddelenvoorziening.
- Daarnaast zullen we in overleg met partijen vanaf juni concrete afspraken maken om de ijzeren voorraad aan te leggen.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**57. Q: Is er sprake van acute tekorten?**

- Voor geneesmiddelen waar tekorten dreigen heeft de IGJ een tekortenbesluit gepubliceerd, dat betekent dat deze geneesmiddelen bijvoorbeeld uit het buitenland gehaald mogen worden of dat deze geneesmiddelen onder bepaalde voorwaarden door apothekers mogen worden bereid.
- Op dit moment zijn er geen acute tekorten, dat wil zeggen geneesmiddelen waar geen alternatieven voor beschikbaar zijn bekend.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**58. Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?**

- In de kamerbrief van 3 november heeft mijn voorganger aangekondigd dat het aanleggen van een ijzeren voorraad tijd nodig heeft - circa 1,5 tot 2 jaar.
- De uitbraak van het COVID-19 virus heeft tot gevolg dat het aanleggen van de ijzeren voorraad waarschijnlijk meer tijd nodig heeft.
- Begin juni vindt overleg plaats met de werkgroep geneesmiddelenkortingen om nadere afspraken te maken over het aanleggen van de ijzeren voorraad.
- Dan is ook het vervolgonderzoek van Gupta Strategists gereed naar de financieringssystematiek van de ijzeren voorraad.
- Een groot deel van de extra kosten zal door de firma's en groothandels zelf worden gedragen.
- Het kabinet investeert 25 miljoen euro per jaar in de ijzeren voorraad voor de periode 2020-2024/2025 (met een ophoop in 2020).
- In de zomer zal ik de Kamer nader informeren over de operationalisering van de ijzeren voorraad.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**59. Q: Gaat u meer productie naar Nederland/  
Europa halen?**

**Antwoord**

- Eerder was al duidelijk dat de geneesmiddelenketen kwetsbaarder is geworden door het verminderen van het aantal productielocaties en een concentratie daarvan in derde landen (zoals China en India) en de verhoogde vraag op mondiaal niveau naar geneesmiddelen.
- De uitbraak van COVID-19 heeft dit nog duidelijker aangetoond.
- In de motie 25295 (lid Marijnissen en Heerma) is gevraagd om een voorstel voor versterking en uitbreiding van de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal, in ons land en in Europa.
- De Kamer zal voor de zomer een eerste voorstel ontvangen over de voorgestelde aanpak.

**Fractie:**

**Kamerlid:**

**Vraagnr:**

**60. Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?**

- Vanwege de sterke internationale dynamiek, zijn, ondanks alle extra inspanningen, tekorten nooit volledig uit te sluiten.
- Verminderde productiecapaciteit door lockdowns, tekorten aan grondstoffen en logistieke uitdagingen door bijvoorbeeld exportverboden spelen daarin een grote rol.
- Er vindt hierover veel contact plaats op diplomatiek niveau, zowel Europees als bilateraal.
- Kortgeleden heeft de Indiase overheid de export van drie partijen hydroxychloroquine naar Nederland goedgekeurd.
- Dit is mede het resultaat van de goede diplomatieke betrekkingen.

**Q&As Donorwet****61. Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?**

- Dit is de datum die sinds het begin van de campagne meer dan 1 jaar geleden overal is genoemd.
- Het huidige register is er bovendien niet op berekend om veel langer dan 1 juli in de lucht te blijven en het nieuwe register – met enkele nieuwe functionaliteiten - kan alleen 'live' gaan als de wet van kracht is.
- Tot slot biedt uitstel ook geen zekerheid omdat het verdere verloop van de crisis lastig valt te voorspellen.

**62. Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?**

- Ik zie en begrijp dat Nederlanders veel bezig zijn met de gevolgen van Corona. Ik wil mensen meer tijd gunnen voor de belangrijke keuze over orgaandonatie.
- Daarom zal ik de brieven aan iedereen boven de 18 jaar die nog geen keuze heeft gemaakt pas vanaf 1 september 2020 versturen.
- Ook neem ik voor dit proces meer tijd. Uiteindelijk zal iedereen medio 2021 in het Donorregister staan, hetzij met een actieve keuze, hetzij onder de vermelding 'geen bezwaar tegen orgaandonatie'.

## Internationale vergelijking

COVID-19: mondkapjesbeleid omringende landen (algemeen beeld, stand 29-04-2020 10:40)

BELGIË	<p><b>Verplicht</b> per 4 mei in OV, op school en waar 1,5m onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen).</p> <p>Overheid verstrekt 1 masker + 2 filters per bewoner. Zelfgemaakte mondkapjes of alternatieve mond-/neusbedekking (bv. sjaal) zijn ook toegestaan. Eerder gaf Belgisch RIVM aan dat mondkapjes niet nodig waren. Onder publieke en politieke druk lijkt men dit advies nu te hebben aangepast, ten einde de stap naar afbouw van maatregelen te bespoedigen.</p>
DENEMARKEN	<p><b>Niet verplicht</b> of aangeraden.</p>
DUITSLAND	<p><b>Verplicht</b> per 27 april in OV, winkels en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen).</p> <p>Zelfgemaakte mondkapjes of mond-/neusbedekking (bv. sjaal) toegestaan. Veel discussie over medische onderbouwing van advies. Verplichting vooral gebaseerd op suggestie van WHO dat het kan helpen als onderdeel van breder pallet aan preventiemaatregelen, bij tegengaan besmetting van anderen.</p>
FRANKRIJK	<p><b>Verplicht</b> per 11 mei in OV (incl. taxi's), VO en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen)</p> <p>Aangeraden in winkels (winkeliers mogen van klanten dragen mondkapjes verlangen). Verboden op kleuterschool. Niet aangeraden op basisschool. Per 30 april opent La Poste een e-commerce-platform voor de verkoop van maskers. Werkgevers moeten personeel maskers verstrekken. Scholen moeten ook leerlingen maskers verstrekken. Sociale diensten verstrekken maskers aan kwetsbaren (bv. daklozen). Er lijkt overeenstemming dat het bedekken van mond en neus in de publieke ruimte, bij kan dragen aan het tegengaan bij verspreiding wanneer beperkende maatregelen worden afgebouwd.</p>
ITALIË	<p><b>Verplicht</b> per 4 mei in OV, winkels en daar waar 1m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondmaskers in publieke ruimte wordt vooral gezien als een maatregel die helpt verspreiding tegen te gaan als beperkende maatregelen worden afgebouwd.</p>
LUXEMBURG	<p><b>Verplicht</b> per 20 april in OV, winkels en waar 2m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondkapjes aangeraden op scholen (en verplicht in schoolbus). Regering verstrekt 5 mondkapjes per werknemer (voor bedrijven &lt; 50 werknemers) die 20 april opengaan. Luxemburg-stad verspreidt 5 mondkapjes per inwoner. Werkgevers moeten personeel zo nodig maskers verstrekken.</p>
OOSTENRIJK	<p><b>Verplicht.</b> vanaf 1 mei wanneer alle winkels, inclusief contactberoepen weer open gaan. Gaat overigens niet om medische mondmaskers, maar alles dat je mond bedekt lijkt toegestaan. In OV wordt social distancing (nb is hier 1 meter) afgeschaft, omdat het onhoudbaar is. Ook hier geldt wel mondkapjesplicht. Vanaf 15 mei gaat horeca weer open. Personeel moet mondkapjes dragen. Vanaf 29 mei gaan de hotels, toeristische attracties en zwembaden, met social distancing en mondkapjesplicht.</p> <p>Er is geen discussie over mondkapjesplicht. Mensen lijken al blij genoeg dat alles redelijk terug bij normaal geraakt.</p>
SPANJE	<p><b>Verplicht</b> in situaties waar geen 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Men adviseert het gebruik van chirurgische/hygiënische mondkapjes, maar dat is niet verplicht. Lichtere versies mogen ook. Men benadrukt dat mondkapjes niet in plaats komen van de wel bekende regels: 1,5m afstand, handen wassen en bedekken bij hoesten/niesen. De overheid heeft chirurgische mondkapjes gratis uitgedeeld en heeft de prijs wettelijk gereguleerd.</p> <p>De maximale prijs is 0.96 euro per chirurgische mondkapje. Op dit moment er zijn voldoende chirurgische/hygiënische mondkapjes, en bijna iedereen op straat draagt er nu een. Andere soorten mondkapjes (met name FFP2) worden in principe gereserveerd voor gebruik bij essentiële beroepen (maar ze zijn ook te koop en kunnen voor ongeveer 8-10 euro's worden gekocht bij apotheken, etc.).</p>
VK	<p><b>Niet verplicht.</b> In Schotland wel geadviseerd. Johnson geeft wel aan dat gebruik in publieke ruimte</p>

	mogelijk kan helpen bij bespoedigen van afbouw beperkende maatregelen. Daar kwam weer kritiek op vanuit de medische wereld.
ZWEDEN	<b>Niet verplicht</b> of aangeraden
ZWITSERLAND	<b>Niet verplicht</b> of aangeraden. Zwitserland volgt vooralsnog het advies van de WHO, al neemt de kritiek hierop toe nu de buurlanden wel tot verplichting overgaan.
VS	<p>Verplichting verschilt per staat. Mogelijk volgt verplichting in bepaalde situaties, wanneer de lock down wordt teruggeschroefd.</p> <p>Vooralsnog adviseert het CDC het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte, maar het mag hierbij ook gaan om 'stoffen gezichtsbedekking'. Daarbij geeft men aan dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iedereen wordt geadviseerd gezichtsbedekking te dragen als ze naar openbare plekken gaan waar het moeilijk is om afstand te houden, bijvoorbeeld om naar de supermarkt te gaan.</li> <li>- Gezichtsbedekking hoeft niet te worden gedragen door kinderen jonger dan 2 jaar, mensen die moeite hebben met ademen, bewusteloos of anderszins niet in staat zijn om het masker zonder hulp te verwijderen.</li> <li>- De gezichtsbedekking is bedoeld om andere mensen te beschermen als u besmet bent.</li> <li>- Gebruik geen gezichtsmaskers die zijn bedoeld voor een zorgverlener.</li> <li>- Hou ongeveer 6 ft (ongeveer 1,8m) afstand tussen uzelf en anderen. De gezichtsbedekking is geen vervanging voor andere maatregelen.</li> <li>-</li> </ul> <p>Het CDC geeft aan dat uit recente onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk deel van de personen met het coronavirus, geen symptomen heeft ("asymptotisch") en dat zelfs degenen die uiteindelijk symptomen ontwikkelen ("presymptotisch"), het virus op anderen kunnen overdragen voordat ze symptomen vertonen. Dit betekent dat het virus zich kan verspreiden tussen mensen die in de buurt met elkaar omgaan - bijvoorbeeld praten, hoesten of niezen - zelfs als die mensen geen symptomen vertonen. Daarom adviseert het CDC om gezichtsbedekkingen van stof te dragen in openbare omgevingen waar andere sociale afstandsmaatregelen moeilijk te handhaven zijn (bijvoorbeeld supermarkten en apotheken), vooral in gebieden waar veel besmettingen voor komen.</p> <p>Het CDC adviseert deze maatregel om de verspreiding van het virus te vertragen. Als extra vrijwillige maatregel voor de volksgezondheid kunnen stoffen gezichtsbedekkingen worden gebruikt die zijn gemaakt van huishoudelijke artikelen of die thuis zijn gemaakt van gewone materialen tegen lage kosten. De aanbevolen bekledingen van stoffen zijn geen chirurgische maskers of N-95-maskers. Dat zijn cruciale benodigdheden die gereserveerd moeten blijven voor gezondheidswerkers en andere medische eerstehulpverleners, zoals aanbevolen door de CDC-richtlijnen</p>