

## Inhoud

Spreeklijnen.....	2
De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen over de zorg.....	2
Spreektekst Opschalen IC-capaciteit.....	2
Spreeklijn Categorieën Mondmaskers.....	2
Spreeklijn gepast gebruik mondmaskers.....	2
Spreeklijn Mondmasker buiten de zorg.....	2
Niet-medische mondneusmaskers in het OV.....	2
Woordvoeringslijn fitness/sportscholen.....	2
Uitvraag nieuw.....	2
1. Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?.....	2
2. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?.....	2
3. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?.....	2
4. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?.....	2
5. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?.....	2
6. 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?.....	2
7. Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?.....	2
8. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen (Baudet etc.).....	2
9. Q: Waarom zijn er zoveel kapjes bij het LCH afgekeurd?.....	2
10. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?.....	2
11. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?.....	2
12. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?.....	2
13. Q: Wat doen we met oplichters.....	2
14. Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?.....	2
15. Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?.....	2
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?.....	2
17. Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?.....	2
18. Q: meer bescherming voor zorgprofessional.....	2
Coronacrisis en betaald voetbal.....	2
19. Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?.....	2
20. Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële bij de clubs. Gaat u hen steun bij verlenen?.....	2
21. 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.....	2

22.	Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?.....	2
23.	Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?.....	2
Q&As weekendtas vrijdag 15 mei.....		
24.	Q: Is het niet oneerlijk dat de prijzen van het LCH lager zijn dan de prijzen van reguliere leveranciers?.....	2
25.	Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondmaskers?.....	2
26.	Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?.....	2
27.	Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?.....	2
Uitvraag LCH Birgitta.....		
28.	Q: Waarom geen chirurgische maskers voor alle Nederlanders? ( (10)(2e) ) Nieuwweekend 16 mei).....	2
29.	Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?.....	2
30.	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?.....	2
31.	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?.....	2
32.	Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbidders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen....	2
33.	Q: Het LCH zei vorige week in de technische briefing dat bij chirurgische mondmaskers nog kunnen vervijvoudigen in de omvang qua bestellingen. Hoe zit dit?.....	2
34.	Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van ( (10)(2e) ) niet?.....	2
35.	wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?.....	2
Update van oude set.....		
36.	Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuurtzending - ( (10)(2e) ) ( (10)(2e) ) ( (10)(2e) ) ).....	2
37.	Q: Hoe gaat u snel opschalen (qua mensen/opleiden, materiaal en geneesmiddelen)?....	2
38.	Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?.....	2
39.	Q: Waarom kan het structurele aantal IC bedden niet hoger zijn dan 1700?.....	2
40.	Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?.....	2
41.	Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?.....	2
42.	Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg? 2	2
43.	Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?.....	2
44.	Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?.....	2
45.	Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?.....	2
46.	Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?.....	2
47.	Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?.....	2
48.	Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?.....	2
49.	Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?.....	2

50.	Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?.....	2
51.	Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?.....	2
52.	Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?.....	2
53.	Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?.....	2
54.	Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?.....	2
55.	Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, wat gaat u daar aan doen? 2	
56.	Q: Is er sprake van acute tekorten?.....	2
57.	Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?.....	2
58.	Q: Gaat u meer productie naar Nederland/ Europa halen?.....	2
59.	Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?.....	2
Oude set Q&As nav debat 7 mei.....		
60.	Q: Hoeveel covid-patiënten liggen momenteel in het ziekenhuis?.....	2
61.	Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?.....	2
62.	Q: Waarom kan het structurele aantal IC bedden niet hoger zijn dan 1700?.....	2
63.	Q: Brengen de derving van omzet door uitgestelde reguliere zorg in combinatie met extra kosten door de coronacrisis ziekenhuizen in financieel gevaar (bericht van NVZ)?.....	2
64.	Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?.....	2
65.	Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg? 2	
66.	Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?.....	2
67.	Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?.....	2
68.	Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?.....	2
69.	Q Moet de beschikbaarheid van o.a. persoonlijke beschermingsmiddelen in de toekomst anders worden geregeld (bijv. regulering internationale handel essentiële goederen voor de volksgezondheid of meer productie in NL / Europa)?.....	2
70.	Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?.....	2
71.	Q Hoe beoordeelt u werkwijze van NL in vergelijking met de wijze waarop andere landen voorzien in voldoende mondkapjes?.....	2
72.	Q: Kunnen zorginstellingen ook buiten het LCH beschermingsmiddelen inkopen?.....	2
73.	Het LCH reageert te traag op aanbiedingen.....	2
74.	Waarom kan het LCH niet sneller werken als het gaat om leveringen?.....	2
75.	Q Het LCH wijst bestellingen af die andere lidstaten wel aannemen? Loopt het LCH geen aanbiedingen mis?.....	2
76.	Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?.....	2
77.	Q: Hoe staat het nu met de productie in Nederland van persoonlijke beschermingsmiddelen?.....	2
78.	Q: Hoe ziet u de productie van medische hulpmiddelen voor zich voor de langere termijn?.....	2
79.	Q: Wat is er mogelijk met afgekeurde maskers? Kunnen deze nog op alternatieve wijze worden ingezet en wat is de rol van het LCH hierbij?.....	2
80.	Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?.....	2

81.	Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?.....	2
82.	Q: Waarom kan de productie in NL niet sneller worden opgeschaald?.....	2
83.	Q: Waarom is de productie in NL niet eerder op gang gekomen?.....	2
84.	Q: Wat is stand Casus Forum van Democratie - Schiedam.....	2
	Tijdslijn Lead Baudet.....	2
	Casus Forum van Democratie - Schiedam.....	2
	Achtergrond.....	2
	Tijdslijn PBM's.....	2
	Gedetailleerde tijdslijn communicatie en afspraken VWS met dhr [REDACTED] (10)/(2e) ...	2

**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. 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.

**3. 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.

**4. 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.

**5. 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,-.

**6. 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.

### **7. 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).

**8. 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.

**9. Q: Waarom zijn er zoveel kapjes bij het LCH afgekeurd?**

- 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.

**10. 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.

**11. 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.

**12. 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.
- Het LCH blijft in gesprek met de leveranciers om de kwaliteit te verbeteren.

- En heeft inmiddels een deel van de afgekeurde maskers al weer teruggestuurd aan de leveranciers.

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

- Zoals eerder is toegelicht door het LCH is er een vechtmakkt 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. 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. 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.

**18. Q: meer bescherming voor zorgprofessional**

## Coronacrisis en betaald voetbal

(geen akkoord DGV)

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>

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

(geen akkoord DGV)

**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.

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

(geen akkoord DGV)

**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 lagere 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.

**21. 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.**

(geen akkoord DGV)

**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.

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

(geen akkoord DGV)

**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.

**23. Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?**  
(geen akkoord DGV)

**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&As weekendtas vrijdag 15 mei****24. Q: Is het niet oneerlijk dat de prijzen van het LCH lager zijn dan de prijzen van reguliere leveranciers?**

- Het LCH is opgericht om te voorzien in de aanvullende vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen die als gevolg van de coronacrisis was ontstaan, en die via de reguliere kanalen niet of onvoldoende geleverd konden worden.
- Het LCH koopt in, en berekent prijzen door uit de periode vóór Corona. Dit om zorginstellingen in deze zware coronacrisis in staat te stellen om hun medewerkers zo drempelloos mogelijk van veilige persoonlijke beschermingsmiddelen te voorzien.
- Keerzijde hiervan is dat naar mate deze prijzen langer worden gehanteerd en het om grotere volumes beschermingsmiddelen gaat, de reguliere leveranciers hier last van kunnen krijgen.
- Ik ben daarom ook in gesprek met leveranciers en inkopers van zorginstellingen over de wijze waarop zij op de langere termijn duurzaam borgen dat er voldoende PBM's beschikbaar zijn voor de zorg en welke rol van de overheid hierbij wordt gevraagd.

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

- 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.

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

- Er 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.
- Hierbij is het wel belangrijk om te vermelden dat 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. Op de omvang daarvan heb ik geen zicht.

**27. 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.
- Zoals aangegeven in de brief van 7 mei, zal indien nodig, worden nagedacht over een terugvaloptie, zoals bijvoorbeeld een verbod op medische mondkapjes buiten de zorg.

**Uitvraag LCH Birgitta****28. Q: Waarom geen chirurgische maskers voor alle Nederlanders? (10)(2e) Nieuwsweekend 16 mei)**

U subsidieert nu kapjes voor de zorg via het LCH; dat kunt u voor iedereen doen. Ze kunnen gewoon bij de supermarkt worden aangeboden.

Het OMT is daar heel helder over:

- Medische mondneusmaskers dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondneusmaskers in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Gebruik van niet-medische mondneusmaskers kan overwogen worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen. Daarom wordt het gevraagd in het OV.

Het kabinet vraagt aanbieders van chirurgische maskers deze aan te bieden aan zorgaanbieders en een zeer beperkt aantal vitale sectoren voor specifieke handelingen en daarbij ook duidelijk aan te geven aan welke CE markering behorende bij de normen in de richtlijn voor medische hulpmiddelen of

persoonlijke beschermingsmiddelen wordt voldaan. Zo zorgen we met elkaar dat de mensen die het nodig hebben beschermd kunnen werken.

**29. 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.

**30. 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]

**31. 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

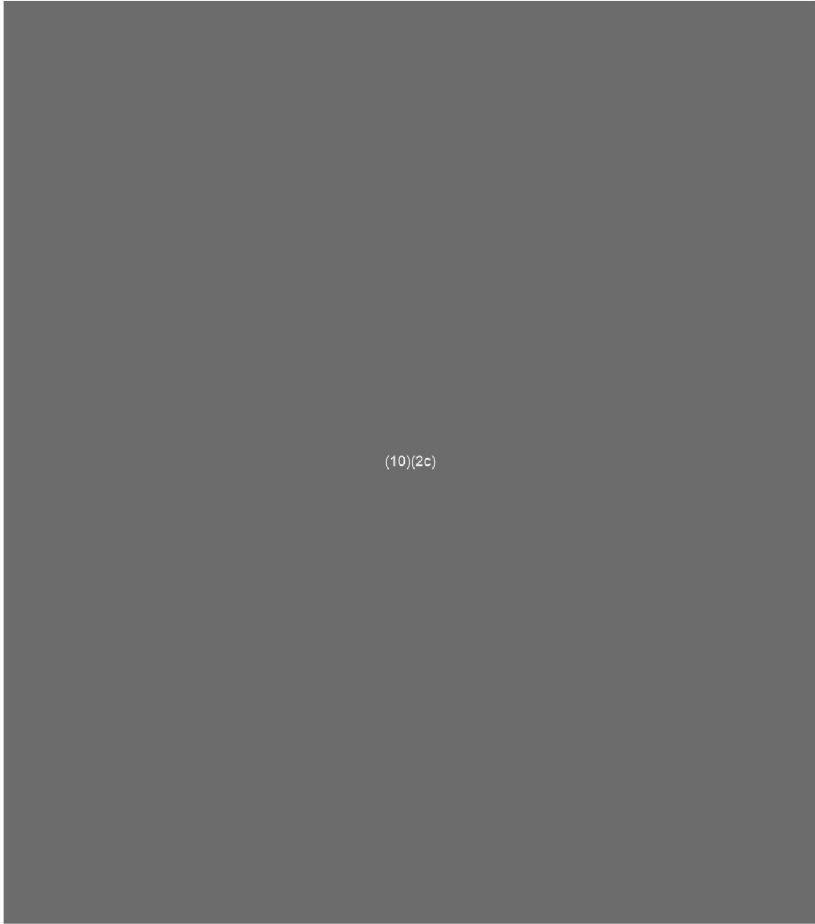
**32. Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen.**

- 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.

**33. Q: Het LCH zei vorige week in de technische briefing dat bij chirurgische mondmaskers nog kunnen vervijfvoudigen in de omvang qua bestellingen. Hoe zit dit?**

- In de technische briefing heeft dhr. Van der Kolk inderdaad aangegeven dat de omvang van de bestellingen van de chirurgische mondmaskers vervijfvoudigd kan worden.
- Inmiddels zijn 380 extra chirurgische maskers besteld. Dat komt neer op het 5-voudige.
- Het LCH kan dit met de bestaande betrouwbare leveranciers.
- Dit betekent nog niet dat deze producten meteen in Nederland zijn en gedistribueerd kunnen worden.
- Het is immers mede afhankelijk van de mogelijkheid tot het ophogen van het aantal vluchten naar Nederland.
- Daarom bekijkt het LCH ook andere aanvoerroutes zoals verscheping, wat natuurlijk een minder snelle route is. [duurt 4 weken]
- Het LCH heeft mij nogmaals laten weten dat instellingen waar nu nog een tekort is aan persoonlijke beschermingsmiddelen bij hen terecht kunnen. Ze helpen deze instellingen graag.
- Ook al de relevante koepels zijn hier op geattendeerd.



(10)(2c)

**35. 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.

**Update van oude set**

**36. Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt ( [REDACTED] ).**

- 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.

**37. Q: Hoe gaat u snel opschalen (qua mensen/opleiden, materiaal en geneesmiddelen)?**

- Er moet op korte termijn een plan klaarliggen. In dat plan wordt in ieder geval aandacht besteed aan de lessen uit de afgelopen periode, fasering en termijnen, personele bezetting en belastbaarheid van medewerker, de precieze organisatie van de zorg op de IC en benodigde apparatuur en geneesmiddelen, maar ook hoe we sturing geven aan de capaciteitsontwikkeling in de komende periode.
- Ook kijk ik nadrukkelijk naar de mogelijkheden om een beroep te doen op de IC-capaciteit van buurlanden, met name Duitsland, waar wij de afgelopen weken uitstekend mee hebben samengewerkt en waarvoor ik hier nogmaals mijn dank uitspreek.
- Blijft het daarbij? Nee, want we zullen ook naar de toekomst toe ook voorbereid moeten zijn op een onverhoopt hogere vraag naar COVID-zorg boven op de hierboven genoemde 1700 IC-plekken. Daarom kijk in het plan ook naar een additioneel flexibel op te schalen IC-capaciteit, oplopend tot potentieel circa 3000 IC-bedden met behulp van een breder personeelsbestand en andersoortige apparatuur. Hoe dit er dan uit komt te zien, moeten we uitwerken.

- Ik benadruk hierbij dat wij bij alle scenario's voor de toekomst het draagkracht van verpleegkundigen en artsen zeer serieus nemen. Want we willen dat zij dit belangrijke vak de komende jaren op een gezonde manier kunnen blijven uitvoeren.
- De uitwerking van het opschalingsplan zal dan ook zorgvuldig gebeuren, met medeneming van de ervaringen en de inbreng van de achterbannen van VenVN, de NVIC en de FMS.

*Bij doorvragen:*

Ik wil het LNAZ de opdracht geven om dit plan voor de zomer klaar te hebben.

**38. 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. Ik streef ernaar om dat begin juni gereed te hebben.

**39. Q: Waarom kan het structurele aantal IC bedden niet hoger zijn dan 1700?**

- De eerste berekeningen van het LNAZ en het LCPS laten zien dat een structurele capaciteit van 1700 bedden voldoende is om de reguliere stroom van COVID-19 patiënten en niet-COVID-19 patiënten op te vangen.
- Daarbovenop wordt er nu ook gewerkt aan plannen voor het flexibel opschalen tot ongeveer 2400 IC bedden in Nederland als dat nodig is.
- Dit kan nodig zijn om te voorkomen dat we weer in een situatie terecht komen waarin we onvoorbereid en onder hoge druk de IC capaciteit moeten opschalen.
- Dat kan bijvoorbeeld gebeuren bij een tweede grote piek van COVID-19 patiënten.
- Ook het gebruik maken van 600 IC bedden in Duitsland nemen we mee in deze flexibele fase.
- Je hoopt natuurlijk dat deze fase niet nodig is maar als dat wel zo is moet er goed nagedacht zijn over waar deze verder opschaling plaats moet vinden, hoe je omgaat met de inzet van personeel en apparatuur, wat je van mensen kan vragen enz.

De komende periode wil ik deze plannen gaan uitwerken samen met de betrokken veldpartijen zodat we er klaar voor zijn als het nodig is.

**40. 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.

**41. 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.

**42. 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.

**43. 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.

**44. 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

**45. 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

patienten.

**46. 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:**

**47. 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:**

**48. 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:**

**49. 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:**

**50. 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:**

**51. 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:**

**52. 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:**

**53. 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:**

**54. Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddeltekorten?**

**Algemeen**

- Onlangs (6 april 2020) heeft het meldpunt geneesmiddeltekorten en –defecten de rapportage over 2019 van het Meldpunt geneesmiddeltekorten 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 geneesmiddeltekorten 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:**

**55. Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, 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 geneesmiddelentekorten 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:**

**56. 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:**

**57. 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:**

**58. 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:**

**59. 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.

**Oude set Q&As nav debat 7 mei**

**60. Q: Hoeveel covid-patienten liggen momenteel in het ziekenhuis?**

De stand van zaken op 7 mei (cijfers LCPS):

- Er zijn 584 Covid-patienten op IC-bedden in ziekenhuizen.
  - Waarvan 566 in Nederland
  - Waarvan 18 in Duitsland
  
- Er zijn 1286 Covid-patiënten op klinische bedden in de ziekenhuizen.

**61. 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. Ik streef ernaar om dat begin juni gereed te hebben.

**62. Q: Waarom kan het structurele aantal IC bedden niet hoger zijn dan 1700?**

- De eerste berekeningen van het LNAZ en het LCPS laten zien dat een structurele capaciteit van 1700 bedden voldoende is om de reguliere stroom van COVID-19 patiënten en niet-COVID-19 patiënten op te vangen.
- Daarbovenop wordt er nu ook gewerkt aan plannen voor het flexibel opschalen tot ongeveer 2400 IC bedden in Nederland als dat nodig is.
- Dit kan nodig zijn om te voorkomen dat we weer in een situatie terecht komen waarin we onvoorbereid en onder hoge druk de IC capaciteit moeten opschalen.
- Dat kan bijvoorbeeld gebeuren bij een tweede grote piek van COVID-19 patiënten.
- Ook het gebruik maken van 600 IC bedden in Duitsland nemen we mee in deze flexibele fase.
- Je hoopt natuurlijk dat deze fase niet nodig is maar als dat wel zo is moet er goed nagedacht zijn over waar deze verder opschaling plaats moet vinden, hoe je omgaat met de inzet van personeel en apparatuur, wat je van mensen kan vragen enz.
- De komende periode wil ik deze plannen gaan uitwerken samen met de betrokken veldpartijen zodat we er klaar voor zijn als het nodig is.

**63. Q. Brengen de derving van omzet door uitgestelde reguliere zorg in combinatie met extra kosten door de coronacrisis ziekenhuizen in financieel gevaar (bericht van NVZ)?**

- Voor mij staat de continuïteit van zorg tijdens en na de coronacrisis centraal.
- Ik waardeer de enorme inzet die ziekenhuizen, maar ook alle andere zorgaanbieders en zorgverleners, tijdens deze crisis leveren.
- Het is duidelijk dat ook op financieel gebied de ziekenhuizen veel voor hun kiezen krijgen.
- Aan de ene kant verliezen zij omzet, omdat reguliere zorg wordt uitgesteld en aan de andere kant hebben zij meerkosten door de coronamaatregelen.
- Ik ben blij dat de zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid hierin nemen.
- Ten aanzien van omzetverlies door uitstel van reguliere zorg. Zo hebben de zorgverzekeraars op 1 mei de continuïteitsbijdrage-regeling vastgesteld.
- Deze financiële bijdrage compenseert de zorgaanbieders voor het omzetverlies dat zij lijden door de coronamaatregelen.
- Zorgverzekeraars gaan de komende weken in overleg met elk ziekenhuis om een maatwerkregeling hiervoor te treffen.

- Ten aanzien van de meerkosten door corona. Daarnaast vergoeden de zorgverzekeraars de meerkosten die ziekenhuizen door de coronacrisis maken.
- De NZa heeft hiervoor een prestatiebeschrijving gecreëerd die de ziekenhuizen (en andere zorgaanbieders) kunnen gebruiken om 'meerkosten corona' bij de zorgverzekeraars te declareren.
- Ten aanzien van het opnieuw opstarten van zorg. Nu er langzaam weer wat meer ruimte komt, ben ik verheugd om te zien dat ziekenhuizen volop bezig zijn om de reguliere zorg weer uit te breiden.
- De NZa speelt een belangrijke coördinerende rol hierbij.

**64. 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.

**65. 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.

**66. 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.

**67. 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

**68. 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.

**69. Q Moet de beschikbaarheid van o.a. persoonlijke beschermingsmiddelen in de toekomst anders worden geregeld (bijv. regulering internationale handel essentiële goederen voor de volksgezondheid of meer productie in NL / Europa)?**

- In de motie 25295 (lid Marijnissen en Heerma) is gevraagd om voor de zomer met een plan te komen hoe de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal voor zowel de korte als lange termijn in ons land en binnen Europa versterkt en uitgebreid kan worden.
- Samen met andere departementen werken we aan zo'n plan waarbij we diverse Europese ontwikkelingen zullen betrekken.
- Daarnaast ondersteun ik – in nauwe samenwerking met de minister van EZK - verschillende nieuwe initiatieven om de nationale productie van beschermingsmiddelen op te starten.
- Ik ben ook met andere Europese landen in gesprek hoe we hierin samen kunnen werken, want ook in andere Europese landen lopen initiatieven op eigen productie op te starten.
- Ik bericht u hierover voor de zomer.

**70. 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 128 miljoen chirurgische mondmaskers
  - Ruim 147 miljoen FFP2 en FFP3 maskers
  - 500 miljoen handschoenen
  - 71 miljoen schorten en jassen.

**Toegevoegd niet gecheckt: (vanuit LCH rapportage)**

- Sinds de start van het LCH zijn er substantiële aantallen producten uitgeleverd: o.a.
  - 19,6 miljoen stuks chirurgische mondmaskers,
  - 4,3 miljoen FFP2 maskers,
  - meer dan 15,8 miljoen handschoenen en
  - 1,4 miljoen jassen en schorten.
- Dit betreft producten die door het LCH ingekocht zijn en ook de hulpmiddelen die eerder door VWS gesourced zijn.

**71. Q Hoe beoordeelt u werkwijze van NL in vergelijking met de wijze waarop andere landen voorzien in voldoende mondkapjes?**

- De wettelijke eisen waaraan beschermingsmiddelen op de Europese markt moeten voldoen, zijn in alle lidstaten hetzelfde, want deze komen voort uit Europese wet- en regelgeving.
- Vanwege de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen die voldoen aan de Europese eisen, is het tijdelijk ook toegestaan om producten zonder CE-certificaat, maar met een gelijkwaardig certificaat van buiten Europa op de markt te brengen
- Dit is wel onder voorwaarden: het moet gebruikt worden ten behoeve van zorgverleners en in het kader van Covid-19.
- Leveranciers moeten via documentatie kunnen aantonen dat hun product een CE-certificaat heeft, of voldoet aan de eisen van dit gelijkwaardige certificaat van buiten Europa.
- De NVWA ziet erop toe dat bonafide beschermingsmiddelen worden verkocht en zorgaanbieders kunnen ook zelf (laten) testen.
- Het LCH doet fysieke kwaliteitscontroles van de materialen die door het LCH worden ingekocht en test deze als ze zijn aangekomen in Nederland.

**72. Q: Kunnen zorginstellingen ook buiten het LCH beschermingsmiddelen inkopen?**

- Ja
- Het LCH heeft tot doel om voor de Nederlandse gezondheidszorg tijdelijk te voorzien in de extra behoefte aan beschermingsmiddelen als gevolg van het Coronavirus.

**73. Het LCH reageert te traag op aanbiedingen**

- In de eerste weken na oprichting heeft het LCH meer dan 10.000 aanbiedingen van particulieren en bedrijven ontvangen, die persoonlijke beschermingsmiddelen zouden kunnen leveren.
- De vele aanbiedingen die het LCH ontvangt zijn allemaal zorgvuldig gecontroleerd op onder meer de kwaliteit, hoeveelheid, beschikbaarheid en locatie.
- Gelet op de omvang van het aantal aanbiedingen kan het zijn dat een reactie langer op zich heeft laten wachten dan wenselijk is.
- Zoals in eerdere debatten is toegelicht was een deel van deze aanbiedingen niet bruikbaar, bijvoorbeeld omdat er woekerprijzen werden gehanteerd, voorraden bij navraag toch niet beschikbaar bleken, of niet aan de gestelde kwaliteitseisen kon worden voldaan.

**74. Waarom kan het LCH niet sneller werken als het gaat om leveringen?**

- Helaas blijven er onzekerheden in de levering van beschermingsmiddelen.
- Ten eerste moeten veel bestellingen nog worden geproduceerd
- Daarna moeten 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 en blijft op zoek naar leveranciers uit nieuwe landen om het risico van aanvoer te mitigeren.
- Daarnaast worden alle leveringen ook aan een kwaliteitscontrole onderworpen in het opslagcentrum van het LCH, voordat ze kunnen worden verspreid onder de zorginstellingen.

**75. Q Het LCH wijst bestellingen af die andere lidstaten wel aannemen? Loopt het LCH geen aanbiedingen mis?**

- Ik vind het van belang dat ingekochte beschermingsmiddelen door het LCH aan de juiste veiligheidseisen voldoen, en fysiek op kwaliteit zijn gecontroleerd voordat ze aan zorginstellingen worden uitgeleverd.
- Vanwege de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen die voldoen aan de Europese eisen, is het tijdelijk ook toegestaan om producten zonder CE-certificaat, maar met een gelijkwaardig certificaat van buiten Europa op de markt te brengen
- Dit is wel onder voorwaarden: het moet gebruikt worden ten behoeve van zorgverleners en in het kader van Covid-19.
- Leveranciers moeten via documentatie kunnen aantonen dat hun product een CE-certificaat heeft, of voldoet aan de eisen van dit gelijkwaardige certificaat van buiten Europa.

**76. 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.

**77. Q: Hoe staat het nu met de productie in Nederland van persoonlijke beschermingsmiddelen?**

- De productie van FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatschermen en beademingsapparatuur door Nederlandse bedrijven is op dit moment gaande.
- Drie fabrikanten zijn inmiddels FFP2-maskers aan het produceren of starten de productie van FFP2-mondmaskers op zeer korte termijn op. Ik ben met alle drie de bedrijven in gesprek om de productie gedurende 12 maanden verder op te schalen tot gemiddeld 2 mln. stuks per week.
- Inmiddels heb ik deze week met drie fabrikanten contracten gesloten voor onder meer de afname van chirurgische mondmaskers.
- Op het moment dat deze bedrijven hun productie volledig op stoom hebben en voldoen aan de kwaliteitseisen, kunnen er gemiddeld ruim 3 miljoen chirurgische mondmaskers per week geproduceerd worden.
- Een algemeen overzicht van alle fabrikanten van beschermingsmiddelen in Nederland is niet te geven, omdat dit niet wordt geregistreerd.

**78. Q: Hoe ziet u de productie van medische hulpmiddelen voor zich voor de langere termijn?**

- Samen met de minister van EZK werk ik aan een plan voor de productie van geneesmiddelen, beschermingsmiddelen en vaccins in Nederland en in Europees verband op de middellange en langere termijn.
- Voor de zomer wordt u hier nader over geïnformeerd.

**79. Q: Wat is er mogelijk met afgekeurde maskers?  
Kunnen deze nog op alternatieve wijze worden  
ingezet en wat is de rol van het LCH hierbij?**

- Het LCH heeft u vorige week toegelicht op welke wijze zij de kwaliteit van ingekochte beschermingsmiddelen controleren.
- Daarbij kijken ze onder andere naar de fit, dus de aansluiting op het gezicht, de filtrage en de certificering.
- Soms is het mogelijk om maskers die zijn afgekeurd, toch nog geschikt te maken voor de zorg. Dat kan bijvoorbeeld door de aansluiting op het gezicht nog te verbeteren. Het LCH geeft altijd een instructie mee voor het goede gebruik van beschermingsmiddelen

**80. 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.

**81. 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'.

**82. Q: Waarom kan de productie in NL niet sneller worden opgeschaald?**

- Allereerst vind ik het een enorme prestatie van de betrokken bedrijven dat we nu al zo ver zijn met productie. Ik doe alles wat binnen mijn macht ligt om de bedrijven in staat te stellen verder op te schalen.
- De geselecteerde voorstellen kunnen nu voorzien in een substantieel aandeel van de Nederlandse zorgvraag naar FFP2 maskers. Ook heb ik contracten gesloten voor de productie van chirurgische mondkapjes.
- De productie-initiatieven zijn echter uiteraard ook afhankelijk van de beschikbaarheid van grondstoffen en machines en de benodigde certificering.
- Waar nodig en mogelijk ondersteunt de overheid in het vervoer en import van deze grondstoffen.

**83. Q: Waarom is de productie in NL niet eerder op gang gekomen?**

- Ik herken niet het beeld dat de productie in Nederland niet snel op gang is gekomen
- Na het binnenkomen van enkele horden initiatieven om productie is er in hoog tempo een analyse gemaakt van deze voorstellen.
- Kort daarna heb ik de meest kansrijke en relevante initiatieven geselecteerd, waarna deze bedrijven snel aan de slag konden.
- Ik vind het een enorme verdienste van de verschillende betrokken bedrijven dat er nu al spatschermen, brillen, FFP maskers en beademingsapparaten worden geproduceerd.
- Deze initiatieven zijn uiteraard ook afhankelijk van de beschikbaarheid van grondstoffen en machines en de benodigde certificering.

**84. Q: Wat is stand Casus Forum van Democratie - Schiedam**

Spreeklijn

- Tijdens de technische briefing heeft FvD (Hiddema) een vraag gesteld over de afwijzing van een partij mondkapjes uit Schiedam. Dit naar aanleiding van een artikel in het AD.
- Dit betreft het bedrijf Ostrichoo in Schiedam.
- Het AD heeft in een artikel ook de prijzen genoemd waarvoor Ostrichoo de maskers aanbiedt. Deze prijzen zijn zaten ver boven de prijs waarvoor LCH nu inkoopt.
- LCH heeft in technische briefing van 30 april aangegeven dat zij sinds 23 maart met Ostrichoo/Harm Prins in goed gesprek is.
- Er zijn een aantal partijen mondmaskers bij Ostrichoo afgenomen, zowel FFP2 maskers als chirurgische maskers.
- Daarnaast zijn een aantal partijen afgekeurd, omdat de kwaliteit als onvoldoende werd beoordeeld.

## Tijdslijn Lead Baudet

### Aanleiding:

Brief die dhr. T. Baudet aan minister de Jonge geeft tijdens het kamerdebat woensdag avond 22 april. Vraag is waarom LCH niet is ingegaan op deze aanbieding.

### Betrokken partijen

Primair contact is geweest met aanbieder F. S., die aanbiedt onder de bedrijfsnaam 'Universal Brands'.

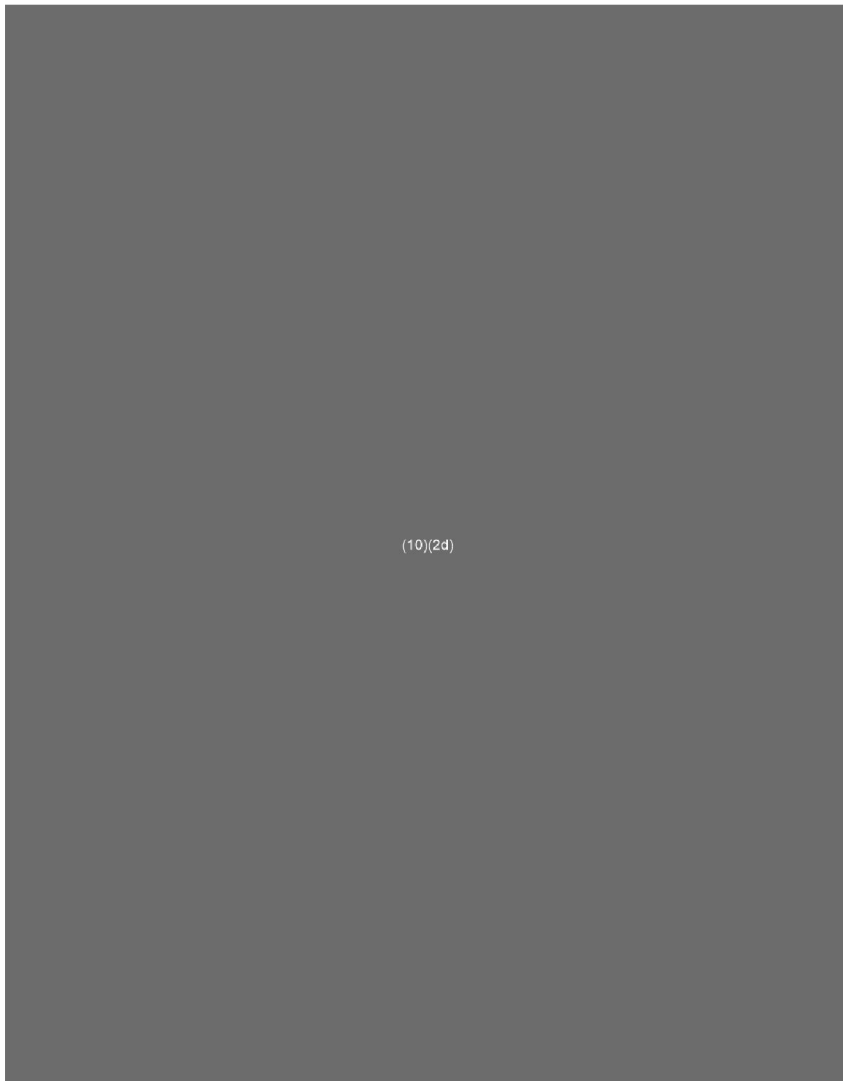
Daarnaast is ook contact geweest met Dhr. T.K. van het bedrijf Kwaspen Group, waarmee F.S. samenwerkt.

BIJLAGE: Time line.

Datum	Wie	Wat gedaan
19-mrt	FS	Stuurt mail naar ErasmusMC en ROAZ op dat moment centrum van centrale inkoop
23-mrt	LCH	Start LCH, ; 1000 + mails worden overgedragen
24-mrt	LCH -> FS	Antwoord aan FS graag documenten.
24-mrt	FS -> LCH	Hoezo documenten: "wat een onzn"
25-mrt	LCH -> FS	Wijst aanbod af: Voldoet niet aan de minimale eisen
		< Stilte het lijkt er op dat FS documenten op orde maakt >
09-apr	FS -> Erasmus en Actiz	FS stuurt algemene catalogus aanbod naar meerdere adressen in de gezondheidszorg
10-apr	FS -> LCH; 10.00	FS stuurt zelfde aanbod naar LCH; certificaat vermeldt CE markering Polen van 25/3
10-apr	LCH -> FS; 11.00	LCH vraagt binnen uur om juiste documenten
10-apr	FS -> LCH	FS stuurt extra info over Kwaspengroep, nadere specificatie, nog niet gevraagde docs.
11-apr	LCH -> FS	LCH vraagt opnieuw om juiste documentatie
		< pasen >
14-apr	FS - LCH	FS stuurt extra documentatie, maar niet de juiste
14-apr	LCH - FS	LCH neemt telefonische contact op, vraagt wederom om extra documentatie, Voorraad in NL lijkt te liggen.
14-apr	FS-LCH	FS geeft aan dat niemand met hem contact heeft gehad

15-apr	LCH - FS	Trader neemt contact op; en vraagt op concrete aantallen op voorraad in Nederland, FS moet dit nakijken; Prijs is hoog (2x zo duur als dan geldende marktprijs)
16-apr	LCH -> FS	LCH vraagt samples uit de NL voorraad
16-apr	FS -> LCH	FS zegt samples opgestuurd te hebben. Onduidelijk is met welk nummer of welke verzend wijze
17-apr	LCH -> FS	LCH neemt contact op om overige zaken: prijs documentatie te regelen. Er is wel twijfel over documentie fabrieks CE documentatie gaat over spuiten en naalden en niet over beschermingsmiddelen
20-apr	LCH	LCH controleerd en heeft geen monsters ontvangen
21-apr	LCH -> FS	Mail geen monsters ontvangen in magazijn LCH
22-apr	<kamer debat>	
23-apr	LCH - FS	Diverse mails en telefonische contact, met extra verzoek voor isolatiejassen en handschoenen
23-apr	LCH - FS	Geen monsters gevonden ondanks zoektocht in het magazijn, verzoek op opnieuw op te sturen.
23-apr	LCH - FS	Nogmaals verzoek om concrete aantallen die in Nederland liggen.
24-apr	FS - LCH	FS doet nieuw aanbod nu met Italiaans certificaat
3 deskundigen hebben naar certificaten gekeken en hebben aangetoond dat deze vals zijn. Er is tot nu toe nog geen geschikt product aangeboden en er is niet tot aankoop over gegaan.		

**Casus Forum van Democratie - Schiedam**  
**Achtergrond**



(10)(2d)

## Tijdlijn PBM's

Nieuwe tijdlijn voeg ik apart in de mail toe (want kan niet enkele pagina's liggend)

oud

### Het begin; voordat het Covid-19 virus Nederland bereikt

- Vanaf het begin van de Covid-19-uitbraak in Wuhan monitort VWS via de crisissstructuur actief of er tekorten zijn aan persoonlijke beschermingsmiddelen zijn in Nederland.
- Op 30 januari doet VWS navraag bij de brancheverenigingen van de hulpmiddelenfabrikanten/leveranciers (Nefemed, FME, FHI) en bij de ziekenhuizen (NFU/NVZ). Op basis van deze inventarisatie bij de betreffende partijen waren er op dat moment geen signalen van tekorten.
- Vanaf 31 januari ontving de NFU eerste signalen van mogelijke backorders (vertraagde/uitgestelde leveringen). Bij de NFU was op dat moment nog voldoende voorraad. Overige brancheverenigingen van leveranciers en ziekenhuizen herkenden deze signalen van leveringsproblemen vanuit hun achterban niet. Sinds dat moment werd door de brancheverenigingen aan zorginstellingen, voornamelijk ziekenhuizen, geadviseerd niet meer te bestellen dan nodig om hamsteren te voorkomen.
- In de maand februari verifieert VWS regelmatig via het Regionaal Overleg Acute Zorg en de koepels van de ziekenhuizen, huisartsen, huisartsenposten en regionale ambulancevoorzieningen of zich bij zorginstellingen acute tekorten hebben voorgedaan. Daarnaast houdt het RIVM hierover contact met de GGD'en. In de maand februari ontvangt VWS van een enkele zorginstelling een signaal ontvangen over beperkte leveringen, wat na contact met de betreffende branchevereniging en fabrikant gericht opgelost kon worden. In totaal bezien is er in deze periode geen sprake geweest van een acuut tekort van beschermingsmateriaal voor heel Nederland.
- Bij het bespreken van de mogelijke scenario's die aannemelijk zijn bij een uitbraak in Nederland, gaat VWS uit van fase 1 en fase 2 van een crisis. Het perspectief is dat de Nederlandse gezondheidszorg hierop is voorbereid. Het referentiekader is onder de meer de uitbraak van MERS in 2012. Er waren toen twee patiënten in Nederland, die zijn geïsoleerd. Door bron- en contactonderzoek is die uitbraak indertijd de kop in gedrukt.

### De eerste besmetting in Nederland

- (10)(2g)
- VWS vraagt opnieuw aan de koepels of er breder signalen zijn van tekorten. (10)(2e) (LNAZ) verzekert op TV dat hij nog voor 8 maanden voorraad heeft liggen. Minister Bruins meldt aan de TK dat leveranciers de sterk toegenomen vraag nog aankunnen.
- Het beleid blijft gericht op de situatie van dat moment en niet op een mogelijke uitgebreide uitbraak in Nederland. De gedachte is dat de Nederlandse gezondheidszorg een optimalere crisissstructuur heeft dan de Italiaanse gezondheidszorg en daarmee Nederland niet in een vergelijkbare situatie terecht zal komen.
- Ook bij de eerste besmetting in Nederland, op 27 februari, is de opvatting dat we het virus goed kunnen indammen met bron- en contactonderzoek.
- De NFU geeft diezelfde dag een signaal af dat het steeds moeilijker is aan mondkapjes te komen. VWS bevestigt dat dit komt door de uitbraak in Italië, waar de vraag pijnsnel is gestegen. VWS inventariseert waar tekorten mogelijk kunnen ontstaan: zuurstof, gazen, mondkapjes. Fabrikanten verzekeren VWS dat ze kunnen opschalen.

### Herverdelen van PBM's

- Op 28 februari besluit het BAO tot een andere verdelingsstructuur van de persoonlijke beschermingsmiddelen via de ROAZ-en. Dit om de ziekenhuizen te helpen de PBM's beter te verdelen.
- Op 4 maart praat VWS met de branche-organisaties en GGD GHOR/ROAZ-en over deze andere verdelingsstructuur van persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Begin maart geven veel zorgaanbieders in de langdurige zorg ook aan dat het voor hem moeilijk of zelfs onmogelijk is om aan goede beschermingsmiddelen te komen. Probleem

hierbij is dat de verdeling plaatsvindt via de ROAZ en dat deze sectoren vaak niet aangesloten zijn op de ROAZ-structuur.

- De aandacht gaat bij de verdelingsstructuur uit naar de curatieve zorg. Daar is immers het grootste besmettingsgevaar vanwege de opname van patiënten op de IC's. Op dat moment waren er al noodvoorraden bij ROAZzen waar ook onder meer verpleeghuizen gebruik van konden maken.
- Op 4 maart spreken de verschillende sectoren af dat zorginstellingen die te maken krijgen met het virus en niet aangesloten zijn bij de ROAZ structuur zich met hun vraag om beschermingsmiddelen ook kunnen melden bij de ROAZ en dan binnen 3 uur beschermingsmiddelen geleverd krijgen.
- Op 4 maart meldt Frankrijk dat het pbm's zal vorderen en blokkeert Duitsland de grenzen voor export van pbm's. Nederlandse ziekenhuizen geven het signaal af lastig aan pbm's te komen.

#### VWS springt in

- VWS helpt NFU daarom vanaf 6 maart actief met de inkoop van PBM's, zorgt ook voor financiële garantstellingen. VWS krijgt te maken met een enorm aantal aanbiedingen, zowel van PBM's als van productiefaciliteiten. Al die aanbiedingen op hun merites beoordelen blijkt bijna niet haalbaar.
- Op 11 maart spreekt de WHO van een pandemie.
- Op 12 maart wordt de 3 uur levertijd aangepast en wordt aangegeven dat voor acute problemen – zoals een besmette patiënt en geen PBM – zo spoedig mogelijk een oplossing wordt gezocht.

#### Naar centrale inkoop van pbm's

- Op 18 maart (de dag dat in de Tweede Kamer wordt gevraagd om een vorderingswet) komen de inkopers van diverse academische centra, NFU-bestuur en een aantal leveranciers zelf met het idee om het Landelijke Consortium Hulpmiddelen te starten want de inkopers visser in dezelfde vijver. Daar kunnen alle aanbiedingen worden beoordeeld en kan ook de eigen productie worden aangejaagd.
- VWS steunt dit initiatief om de krachten te bundelen, maar vraagt op **19 maart** wel om een open samenwerking en deelname van partijen zonder winstoogmerk. VWS vraagt aan <sup>(10)(2e)</sup> <sup>(10)(2e)</sup> om het LCH qua structuur op te zetten en aan te sturen.
- Medio maart start ook de samenwerking met EZK voor (productie)initiatieven in Nederland.
- Op 19 maart komt een eerste voorstel binnen van Afpro om in Nederland de productie van mondkapjes op te starten. Op dat moment kan er nog niet gestart worden vanwege een tekort aan grondstoffen en gebrek aan productiemachines.
- Op 21 maart komt een eerste grote levering door VWS in China ingekochte mondkapjes binnen.
- Op 23 maart start de inkoop van PBM's via het LCH. Reguliere leveringen aan zorginstellingen lopen door. Het LCH koopt in wat extra nodig is.

#### PBM's naar de langdurige zorg

- Op 20 maart publiceert RIVM de richtlijn dat voor zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis met direct patiëntencontact bij persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek beschermingsmiddelen nodig zijn.
- Op 21 maart is met GGDGHOR NL afgesproken dat de ROAZ 10 procent van de middelen reserveren voor de langdurige zorg.
- Op 11 april, wordt een nieuw verdeelmodel vastgesteld en op 13 april in gang gezet via een instructie aan de ROAZ. Tot nu toe is de aandacht vooral gericht geweest op de acute zorg omdat daar in het begin de meeste patiënten waren. In het nieuwe model is niet de sector, maar het risico van de handeling bepalend bij de verdeling van PBM's. Dat betekent dat bij gelijke risico's gelijke bescherming nodig is, zowel in de langdurige zorg als in de curatieve zorg.
- Intussen is de luchtbrug met China geopend en is op 20 april de eerste lading mondkapjes, beschermingsjassen en veiligheidsbrillen aangekomen.
- Ook de productie van beschermingsmiddelen met steun van VWS/EZK vordert nu; op 28 april overhandigen drie bedrijven, Afpro filtertechniek, Auping en DSM, de eerste doos in Nederland gemaakte mondkapjes aan minister Martin van Rijn voor Medische Zorg.

**Is het tekort nu dan opgelost?**

- Het LCH geeft op 30 april aan dat er op dit moment voldoende voorraad met de juiste kwaliteit aanwezig is in het opslagcentrum om te voldoen aan de huidige vraag vanuit de zorg.
- Het LCH laat daarnaast weten inmiddels een stabiele relatie te hebben opgebouwd met meerdere leveranciers van beschermingsmiddelen, waardoor een continue leveringsketen van de juiste kwaliteit zo goed mogelijk is geborgd.
- Het LCH gaat in haar inkoopbeleid uit van de maximale behoefte vanuit de zorg. Deze ligt hoger dan de huidige vraag vanuit de zorg. De ervaringen van de afgelopen weken leert dat een deel van de bestelde mondkapjes later aankomt dan gepland, ook blijkt een deel van de geleverde mondkapjes niet te voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Hier wordt rekening mee gehouden bij de inkoopprognose.
- Daarnaast is het voor de vraag wanneer het tekort opgelost is, van belang de RIVM-richtlijnen over gepast gebruik in acht te nemen, zodat niet meer mondmaskers worden gebruikt dan noodzakelijk is. Bovendien is de ontwikkeling van de vraag ook afhankelijk van de ontwikkeling van het virus.
- Op 4 mei brengt het OMT advies uit over maatregelen in de transitiefase, waaronder het gebruik van mondneusbescherming (niet zijnde medische mondneusmaskers) in situaties waarin de algemene maatregelen niet volstaan.