

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1625**

**LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 6 december 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 november 2021 inzake het 130e OMT advies en kabinetsreactie (Kamerstuk 25 295, nr. 1555).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 3 december 2021. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

Adjunct-griffier van de commissie,  
Meijer

## Inleiding

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen die op 26 november jl. zijn gesteld door de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Kamerbrief «Aanbieding OMT-advies en kabinetsreactie» (Kamerstuk 25 295, nr. 1555). Tevens wordt met deze brief ingegaan op het verzoek van deze commissie om een reactie te ontvangen op de brieven van Schoonmakend Nederland te 's-Hertogenbosch en de Nederlandse Stichting Water- en Zwemveiligheid (NSWZ) en deze te betrekken in de beantwoording van deze Kamerbrief over het 130e OMT advies en kabinetsreactie.<sup>1</sup>

1.

Welke oorzaken ziet u voor de inmiddels al een hele tijd aanhoudende oversterfte? Geldt dit voor alle leeftijdsgroepen? Hoe verklaart u de groei?

Antwoord:

In augustus/september 2021 werd een licht verhoogde sterfte op bevolkingsniveau gezien. Daarna nam de oversterfte toe, vooral in hogere leeftijdsgroepen en in alle regio's.

Het RIVM ontvangt dagelijks meldingen van overleden COVID-19-patiënten vanuit de GGD'en. Omdat mogelijk niet alle mensen met COVID-19 getest worden en er geen meldingsplicht geldt voor overlijden aan COVID-19, zijn de werkelijke aantallen overleden COVID-19-patiënten in Nederland waarschijnlijk hoger. Daarnaast duurt de registratie van overlijdens soms wat langer, waardoor de meest recente gegevens niet compleet zijn.

Bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn de cijfers over de (over)sterfte gebaseerd op de dagelijkse berichten over het aantal overledenen. Deze berichten bevatten geen informatie over de doodsoorzaak. Die informatie ontvangt het CBS later via een doodsoorzaakverklaring. De meest recente update geeft de doodsoorzaken t/m juni 2021. In december volgt een nieuwe update.

De oversterfte in de eerste coronagolf in 2020 en de tweede golf tot en met maart 2021, werd volledig veroorzaakt door sterfte aan het coronavirus. En bijna 60 procent van de mensen die tot en met juni 2020 overleden aan vastgestelde of vermoedelijke COVID-19, ontvingen langdurige zorg vanuit de Wet langdurige zorg. De oversterfte wordt voornamelijk veroorzaakt door COVID-19-infectie, met name in de hogere leeftijdsgroepen en bij mensen met een zwakkere gezondheid. De groei kan voornamelijk verklaard worden vanuit het oplopende aantal besmettingen.

2.

Hoe kijkt het Outbreak Management Team (OMT) terug op de eerste 129 adviezen en de doeltreffendheid ervan?

Antwoord:

De aanpak van de epidemie wordt geëvalueerd door de Onderzoeksraad voor Veiligheid. We wachten die evaluatie graag af.

3.

Met welke andere klachten liggen de mensen op de Intensive Care (IC) die ook COVID hebben?

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1555.

Antwoord:

Deze gegevens zijn niet precies bekend. Om hier een uitspraak over te doen is het noodzakelijk om dit gericht te bekijken.

4.

Hoe wordt de vaccinatie effectiviteit berekend?

Antwoord:

De vaccineffectiviteit wordt berekend op basis van een model dat zoveel mogelijk rekening houdt met alle omstandigheden en onzekerheden. Het voorkomen (de incidentie) per 100.000 personen per dag per vaccinatie-status wordt berekend door het aantal opnames te delen door het aantal personen in de bevolking, maal 100.000. Incidentie rate ratio's (IRR) en 95%- betrouwbaarheidsintervallen zijn geschat aan de hand van een negatief binomiaal regressiemodel met log-linkfunctie. Een dergelijk model kan rekening houden met eventuele grote spreiding in de aantallen. Het aantal ziekenhuisopnames of IC-opnames is de afhankelijke variabele in het model, vaccinatiestatus en kalenderdatum zijn de onafhankelijke variabelen. Kalenderdatum is zo opgenomen als *penalized spline*, om zo het niet-lineaire effect van tijd op de incidentie rates te kunnen modelleren. De logaritme van de populatieaantallen is meegenomen als offset in het model. De vaccineffectiviteit is berekend als  $1 - \text{IRR} \times 100\%$ .

5.

Waarom worden *Apple Mobility Trends Reports* en *Google Community Mobility Reports* gebruikt om te bepalen of mensen zich aan basismaatregelen te houden? Wat zijn de argumenten hiervoor en welke harde conclusies denkt het OMT daaruit te trekken?

Antwoord:

Er zijn verschillende indicatoren voor mobiliteit in Nederland. Sommige indicatoren worden verzameld door het Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid van het Ministerie van IenW, andere indicatoren worden door grote techbedrijven verzameld en beschikbaar gesteld. Van al deze indicatoren worden diegene gebruikt die op het moment dat informatie nodig is, ook informatie kunnen geven over de relevante tijdsperiode. Indicatoren voor mobiliteit zijn in de pandemie een goede proxymaat gebleken voor verspreiding van infectie.

De Gedragsunit verzamelt, naast data over naleving van de basisregels en het draagvlak, ook informatie over sociale activiteit en mobiliteit. Die data wordt 3-wekelijks verzameld via zelfrapportage, terwijl de *mobility reports* dagelijks worden verzameld en een objectieve databron zijn.

6.

Hoeveel ongevaccineerden zijn vorige week overleden aan COVID?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel ongevaccineerden vorige week zijn overleden aan COVID omdat er maar voor een deel van de positief geteste personen informatie over overlijden beschikbaar komt en deze informatie in sommige gevallen ook vertraagd ter beschikking komt (zie antwoord vraag 1). In Osiris is de vaccinatiestatus van positief geteste personen opgenomen, maar is er een grote onderrapportage voor overlijden, zeker voor de voorafgaande week.

7.  
Liggen er mensen op de IC met alleen COVID (dus geen onderliggend lijden) en hoeveel zijn dat er?

Antwoord:

Deze gegevens zijn niet precies bekend. Om hier een uitspraak over te doen is het noodzakelijk om dit gericht te bekijken.

8.  
Wordt er nog een onderscheid gemaakt tussen mensen die door COVID op de IC en in het ziekenhuis komen en mensen die met COVID daar komen?

Antwoord:

In de cijfers over het aantal geregistreerde besmettingen van mensen die op de IC liggen en COVID hebben wordt geen onderscheid gemaakt tussen mensen die daar door COVID of met COVID komen.

9.  
Welke inschatting kan het OMT nu maken over natuurlijke immuniteit, dus door doorgemaakte infectie, niet door vaccinatie?

Antwoord:

Het RIVM schat in dat het percentage van de bevolking dat een infectie heeft doorgemaakt in de orde van grootte van 40% ligt. Het inschatten van de bescherming tegen infectie, transmissie en ernstig verloop na doorgemaakte infectie is moeilijker dan na vaccinatie. Van de doorgemaakte infectie is niet altijd bekend wanneer iemand besmet is geraakt. We nemen aan dat bescherming na een doorgemaakte infectie minstens zo goed is als na vaccinatie.

10.  
Hoeveel gerapporteerde besmettingen zijn er van schoolkinderen op hun grootouders, uitgedrukt in absolute aantallen of in percentage?

Antwoord:

Het is onbekend hoeveel besmettingen er zijn van schoolkinderen op hun grootouders. Dat wordt niet op die manier geregistreerd.

11.  
Op welke manier worden basismaatregelen gecommuniceerd?

Antwoord:

Sinds het begin van de crisis zet het kabinet vol in op communicatie om naleving van de basismaatregelen te stimuleren. Dit heeft geleid tot de grootste communicatiecampagne ooit door de rijksoverheid gemaakt.

Het kabinet laat met vaste regelmaat onderzoek doen naar het bereik en het effect van de campagne en het gedrag van mensen. De kennis van de basismaatregelen is op een heel hoog niveau. Vrijwel elke Nederlander is op de hoogte van de belangrijkste maatregelen.

Begin november 2021 is de massamediale campagne over de basismaatregelen verder geïntensiveerd. Momenteel loopt de campagne over het

testen bij klachten en het belang van thuisisolatie en quarantaine na een positieve test. Deze wordt vertoond op radio, tv en sociale media.

Vorige week (de week van 22 t/m 28 november) is ook de campagne over de herziene mondkapjesplicht gestart. Om een brede doelgroep te bereiken zijn onlangs advertenties geplaatst met een overzicht van alle basismaatregelen. Deze worden gepubliceerd in de landelijke en regionale dagbladen en huis-aan-huis kranten. Aan het belang van hygiëne (handen wassen, geen handen schudden) en 1,5 meter afstand houden wordt doorlopend via sociale media-aandacht besteed. Aanvullend op de campagne over de basismaatregelen is er materiaal ontwikkeld (posters) die zijn geplaatst in de buitenruimte en op drukke plekken zoals bij winkelcentra, stations etc. De boodschap is: «Ik hou afstand van jou. Ik bescherm jou, jij beschermt mij.» Dit materiaal wordt door gemeenten ook breder zichtbaar gemaakt op openbare plaatsen binnen de gemeentegrenzen.

Medio december 2021 verschijnt er in de huis-aan-huis kranten opnieuw een advertentie met een overzicht van de basisregels, ook in relatie tot de feestdagen. In aanloop naar de feestdagen komt er een campagne over het fijn en veilig vieren van de feestdagen met nadruk op het naleven van de basisregels als je bij elkaar komt. De campagne gaat rond 11 december live via (online) tv, (online) radio en sociale media.

De bestaande jongerencampagne gaat in december uitgebreid in op het belang van het naleven van de basisregels en alternatieven/inspiratie voor het veilig vieren van de feestdagen.

12.

Welke maatregelen wil u treffen om besmettingen thuis te beperken?

Antwoord:

Om besmettingen in de thuissituatie te voorkomen roepen we iedereen op om zich te houden aan het advies om een zelftest te doen als je anderen op bezoek krijgt, of zelf op bezoek gaat. Verder adviseren we specifiek iedereen van zeventig jaar en ouder om het contact met kinderen tot en met 12 jaar te beperken en 1,5 meter afstand te houden van hen. Daarnaast blijft het algemene advies om maximaal vier personen per dag te ontvangen (met uitzondering van personen t/m 12 jaar) en maximaal bij één huishouden op bezoek te gaan gelden, alsook het advies om thuis te werken. Als er niet thuisgewerkt kan worden, dient er op het werk altijd 1,5 meter afstand gehouden te worden. Verder is het van belang dat mensen in isolatie gaan wanneer ze een positieve testuitslag krijgen. Door in isolatie te gaan, verminderen ze de kans dat de mensen om hen heen ook besmet raken. In isolatie gaan betekent in dit geval dat zij thuis op een eigen kamer blijven, daar ook slapen en dat huisgenoten niet op hun kamer komen.

13.

Welke redenen ziet u voor de stijging van 46% van het aantal positief geteste personen de afgelopen zeven dagen?

Antwoord:

De stijging van 46% in het aantal positief geteste mensen geldt over de periode van 11–18 november jl. In deze periode groeide de epidemie. De stijging van het aantal meldingen was zichtbaar in alle leeftijdscategorieën en in alle veiligheidsregio's, maar was het grootst in de leeftijdsgroep 4

tot 12 jaar.<sup>2</sup> Op 13 november jl. zijn op basis van het epidemiologisch beeld maatregelen in werking getreden. De effecten hiervan waren in de periode van 11 tot 18 november jl. nog niet zichtbaar.

14.

Bent u ermee bekend dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) inmiddels melding maakt van besmettingsfeesten waar mensen elkaar bewust besmetten met corona omdat ze zo nog snel via een herstelbewijs een coronatoegangsbewijs willen bemachtigen alvorens 2G ingevoerd wordt?

Antwoord:

De IGJ heeft niet zelf geconstateerd dat er «besmettingsfeestjes» worden gehouden. Wel heeft de inspectie zich krachtig uitgesproken tegen een website waar mensen materialen konden kopen om zichzelf met het coronavirus te besmetten. Ook waarschuwde de IGJ mensen in het algemeen zich niet expres te laten besmetten met het coronavirus. De waarschuwing van de inspectie staat op de IGJ-website. De website waar materiaal met het coronavirus werd aangeboden, is vrij snel door het hostingbedrijf uit de lucht gehaald.

15.

Hoeveel meldingen kreeg de IGJ van besmettingsfeesten? Ging de IGJ ook op zoek naar meldingen, bijvoorbeeld via *social media*? Hoe vaak kwam de IGJ in actie na dit soort meldingen?

Antwoord:

Zie vraag 14.

16.

Kan de ontwikkeling van besmettingsfeesten een opstuwend effect hebben voor het aantal positief geteste personen? Zo ja, hoe groot is dat opstuwende effect?

Antwoord:

Besmettingsfeesten zorgen, als deze daadwerkelijk plaatsvinden, zeker voor een opstuwend effect voor het aantal positief geteste personen. We hebben nu geen inzicht in de mate van voorkomen van deze, zeer onverstandige, feesten. Wie zichzelf op deze manier besmet, brengt opzettelijk de publieke gezondheid in gevaar.

17.

Bent u bekend met de grote groep personen in onze samenleving die een dusdanig grote aversie tegen mRNA-vaccins hebben, dat zij liever natuurlijk besmet raken in plaats van dat zij zich laten vaccineren en daarom nu proberen besmet te geraken en zo nog snel een coronatoegangsbewijs middels een herstelbewijs proberen te bemachtigen alvorens 2G wordt ingevoerd?

Antwoord:

De mRNA-vaccins zijn veilige vaccins die een goede bescherming bieden tegen ernstige ziekte door het coronavirus. Ondanks het feit dat een doorgemaakte besmetting een beschermende werking biedt voor een volgende besmetting, is dit natuurlijk erg onverstandig. Wie zich bewust

---

<sup>2</sup> Bron: RIVM.

laat besmetten loopt het risico ernstig ziek te worden. Niet voor niets heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om na een doorgemaakte besmetting nog steeds een vaccinatie te halen voor een goede bescherming. Het is daarbij een zeer onverstandige keuze om jezelf te laten besmetten voor het verkrijgen van een herstelbewijs omdat je door een besmetting ook anderen kunt besmetten en daarmee de algehele infectiedruk verhoogt. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft mij laten weten dat zij deze mening delen. Zij zijn van mening dat iedereen die zichzelf besmet, opzettelijk de publieke gezondheid in gevaar brengen en enorme risico's nemen, voor zichzelf en voor anderen.

18.

Is er onderzoek gedaan naar hoeveel mensen onder de ongevaccineerden liever besmet raken dan dat ze zich laten vaccineren? Zo nee, zou dat onderzoek gedaan kunnen worden?

Antwoord:

Hier is geen onderzoek naar gedaan. Het is ongetwijfeld mogelijk om een dergelijk onderzoek te doen. De vraag is wel wat de bedoeling zou zijn van zo'n onderzoek.

19.

Kan deze beweging van «liever besmet dan geprikt» tot een opstuwung van het aantal positief geteste personen leiden? Zo ja, hoe groot is dat opstuwende effect?

Antwoord:

Het is denkbaar dat een dergelijke beweging, als daar sprake van is, zal leiden tot een vergroting van het aantal positief geteste personen. We hebben geen inzicht in de mate van voorkomen hiervan.

20.

Leidt dit opstuwende effect tot meer ziekenhuisopnames met COVID-19? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Een stijging van het aantal besmette personen zal, direct of indirect, ook leiden tot meer ziekenhuisopnames met COVID-19.

21.

Kan de reden voor deze enorme stijging van het aantal positief geteste personen gevonden worden in het ontbreken van veilig wanen van dubbel gevaccineerde personen?

Antwoord:

De stijging van het aantal positief geteste personen heeft meerdere oorzaken. Deze stijging heeft allereerst te maken met het feit dat er veel meer besmettelijke mensen zijn door het hoge aantal besmette personen. Bij veel besmettelijken is de kans dat je iemand tegen komt die besmet is groter. Dubbel gevaccineerde personen hebben een kleinere kans om besmet te raken met het virus en een kleinere kans om bij besmetting het virus door te geven. Maar die kans bestaat zeker nog steeds. Dat betekent dat ook dubbel gevaccineerde personen voorzichtig moeten blijven en de basismaatregelen moeten naleven. Uit gedragsonderzoek is op te maken dat de naleving over de hele linie van de basismaatregelen is afgenomen,

maar onder gevaccineerden nog altijd hoger is dan onder niet-gevaccineerden.

22.

Acht u het verstandig te blijven herhalen dat dubbel gevaccineerden een 75% kleinere kans op besmetting hebben? Klopt dit cijfer wel? Het klopt toch dat dit cijfer een momentopname is en dat het percentage steeds kleiner zal worden?

Is de onderliggende som voor deze 75% wel actueel? Zo ja, wat is het percentage gebaseerd op afgelopen week?

Antwoord:

De effecten van vaccinatie op de kans op besmetting is van belang bij het vormgeven en onderbouwen van het beleid. Het is daarom noodzakelijk deze gegevens te kennen en te delen met uw Kamer.

De cijfers kunnen inderdaad in de tijd veranderen. Tijdens de technische briefing van woensdag 1 december jl. heeft de heer Van Dissel de actuele gegevens met uw Kamer gedeeld. De vaccineffectiviteit tegen infectie is 50–75%.

23.

Wat is uw reactie op het uitje van oud-Kamerleden waarvan alle 50 deelnemers dubbel waren gevaccineerd en allen een groen vinkje konden tonen en er dus geen afstand werd gehouden en geen mondkapjes werden gedragen in de bus en nu al de helft besmet blijkt te zijn? Het betreft hier toch ten hoogste een 50% kleinere kans?

Antwoord:

Ik vind het heel vervelend voor deze oud-Kamerleden dat hun uitje dit tot gevolg heeft gehad. Berekeningen en inschattingen kunnen echter niet gebaseerd worden op individuele gevallen.

24.

Hoe gaat het met de positief geteste oud-Kamerleden? Heeft u contact met hen gezocht en uw spijt betuigt omdat zij zich door u onterecht veilig waanden?

Antwoord:

Ik kan niets zeggen over de gezondheid van deze oud-Kamerleden. Ik zie geen reden om spijt te betuigen.

25.

Wat is uw verklaring voor toename van het aantal opnames met COVID-19 in het ziekenhuis en op de IC?

Antwoord:

Door de hoge infectiedruk (viruscirculatie) sinds begin oktober, stijgt sinds oktober het aantal ziekenhuis- en IC-opnames in alle leeftijdsgroepen.

26.

Wat is uw verklaring voor het feit dat de hoogste aantallen opgenomen COVID-19-patiënten in het ziekenhuis personen boven de tachtig jaar zijn?



Antwoord:

Het aantal opnames is snel gestegen onder zowel gevaccineerde als ongevaccineerde 70-plussers als gevolg van de sterk toegenomen viruscirculatie. Wat bij ziekenhuisopnames van mensen boven de 80 jaar mogelijk een rol speelt, is de overbelasting in de eerstelijns zorg (thuiszorg, huisartszorg, mantelzorg), waardoor ouderen mogelijk eerder opgenomen worden. Daarnaast is de vaccineffectiviteit iets minder hoog bij ouderen dan bij jongeren. Bij mensen van 70 jaar en ouder is het absolute aantal ziekenhuisopnames bij volledig gevaccineerde personen hoger dan bij ongevaccineerde personen. Dit komt omdat er veel meer gevaccineerde dan ongevaccineerde mensen van 70 jaar en ouder zijn. Procentueel is de opname van gevaccineerden veel lager dan van ongevaccineerden.

27.

Klopt het dat er nu meer tachtigplussers met COVID-19 in het ziekenhuis liggen dan vóór de start van de vaccinatiecampagne? Zo ja, hoe verklaart u dit?

Antwoord:

Het aantal opnames voor tachtigers is nu niet hoger dan voor de vaccinatiecampagne.

28.

Wat is de vaccinatiegraad van mensen boven de tachtig jaar?

Antwoord:

De meest recente informatie hierover is te vinden op het Coronadashboard<sup>3</sup>. Van de mensen van 81 jaar en ouder is 89% volledig gevaccineerd en heeft 92% een eerste vaccinatie ontvangen.

29.

Wat is de procentuele verhouding niet-gevaccineerde, eenmaal gevaccineerde en tweemaal gevaccineerde tachtigers op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen?

Antwoord:

Het RIVM publiceert elke twee weken data over de vaccinatiestatus van de in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten. Hierin wordt onderscheid gemaakt in drie leeftijdscategorieën: 12–49 jaar, 50–69 jaar en 70 jaar en ouder. De rapportage van het RIVM van 30 november jl. is aan uw Kamer toegezonden.

**Tabel: Aantal ziekenhuis- en IC-opnames in de periode 11 juli – 23 november 2021 per leeftijdsgroep, zoals geïncorporeerd in de berekeningen van vaccin-effectiviteit. (Bron: RIVM).**

Leeftijd (jaar)	Ziekenhuisopnames			IC opnames		
	Vaccinatiestatus			Vaccinatiestatus		
	Niet	Deels	Volledig	Niet	Deels	Volledig
12–49	2.436	75	207	490	13	16
50–69	2.558	133	1.232	819	31	243

<sup>3</sup> <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/vaccinaties>.

Leeftijd (jaar)	Ziekenhuisopnames			IC opnames		
	Vaccinatiestatus			Vaccinatiestatus		
	Niet	Deels	Volledig	Niet	Deels	Volledig
≥70	2.006	93	3.283	318	10	249

30.

Zijn de vaccinaties voor mensen boven de tachtig meer uitgewerkt dan u heeft voorgespiegeld?

Antwoord:

Het RIVM onderzoekt frequent de vaccineffectiviteit. Een rapportage betreffende vaccineffectiviteit en ziekenhuisopnames wordt elke twee weken met u gedeeld. De rapportage van het RIVM van 30 november jl. is aan uw Kamer toegezonden.

31.

Kunt u het grote verschil in de onderrapportage in de oversterfte tussen 2020 en 2021 verklaren? Hoeveel groter is die onderrapportage procentueel geworden?

Antwoord:

Er is geen sprake van onderrapportage in de oversterfte bij het CBS. Er is wel onderrapportage in sterfte door de GGD'en (zie ook het antwoord op vraag 1). Daarom gebruiken we daarnaast ook de gegevens van het CBS.

32.

Hoe kan het dat zowel u, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), als de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) stelt dat de komende week het aantal opnames op de IC 50 tot 60 per dag zal zijn en dat de voorzitter van de NVIC op basis daarvan binnen tien dagen een code zwart op de IC's verwacht en dat u dat tegenspreekt?

Antwoord:

Om inzicht te krijgen in de huidige situatie maak ik gebruik van de gegevens die worden verzameld door onder andere het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de toezichthouders, de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ook ben ik constant in gesprek met diverse veldpartijen, om scherp zicht te houden op de actuele situatie op de werkvloer in verschillende zorgsectoren. Op basis van deze cijfers en beelden is het duidelijk dat de druk op de zorg toeneemt. Om deze reden is op 26 november jl. fase 2d uit het Opschalingsplan COVID-19 afgekondigd.<sup>4</sup> Ik merk daarbij op dat we niet enkel kijken naar de druk op de IC's, maar breed naar de belastbaarheid van de zorg binnen en buiten het ziekenhuis. Alle instellingen en professionals passen hun zorg in fase 2d aan. Dit leidt tot een complex beeld, waarbij een voorspelling over de te verwachten ontwikkelingen en de impact hiervan op de zorg maar zeer beperkt te doen is. Ik houd daarom goed zicht op de actuele stand van zaken, zodat we aanvullende maatregelen kunnen nemen als dat nodig is.

Zoals gezegd bevinden we ons daarbij nu in fase 2d, waarbij we maximaal maatregelen nemen om de (semi-)acute zorg te waarborgen, zoveel

<sup>4</sup> LNAZ, «Opschalingsplan COVID-19 versie 1.1», oktober 2021.

mogelijk kritiek planbare zorg te kunnen blijven leveren en een overgang naar fase 3 te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is dat de niet kritiek planbare zorg (klasse 4 en 5) in de ziekenhuizen volledig afgeschaald zal worden, zodat zorgverleners ingezet kunnen worden waar zij het meest nodig zijn. Tegelijkertijd wordt de IC-capaciteit verder opgeschaald. Deze maatregelen helpen hopelijk afdoende om fase 3, en ultimo fase 3c op de IC's («code zwart») te voorkomen.

33.

Hoe ziet uw som dat er geen code zwart aankomt eruit?

Antwoord:

Om de zorg zoveel als mogelijk toegankelijk te houden voor mensen met een dringende of acute zorgvraag zijn verschillende landelijke maatregelen genomen en voor de zorg specifiek is opgeschaald naar fase 2d van het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)<sup>5</sup>. In fase 2d zetten we in op regionale én landelijke aangepaste spreiding, maximale opschaling van IC-beddenscapaciteit of klinische capaciteit, volledige afschaling van niet kritiek planbare zorg (klasse 4 en 5 volgens het raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten<sup>6</sup>), waar dat verantwoord is afschaling van kritiek planbare zorg (klasse 3), maximale samenwerking, het maximaal verminderen van de instroom of bevorderen van de uitstroom van COVID-patiënten en het nemen van maximaal interne maatregelen door ziekenhuizen zelf.

Pas als al deze stappen uit fase 2d onvoldoende effect hebben om de continuïteit van acute en semi-acute zorg te waarborgen, zou er sprake van kunnen zijn dat fase 3 door mij afgekondigd wordt. Daarbij is het nu niet mogelijk om al exact aan te geven of, en zo ja wanneer, er sprake zou zijn van een dergelijke stap. Dit is namelijk afhankelijk van verschillende factoren (epidemiologisch verloop, seizoensinvloeden zoals griep) en van de belastbaarheid van verschillende sectoren binnen de zorg. Daarom worden er ook geen specifieke cijfers genoemd wat betreft de bezetting van de capaciteit op de IC of in de kliniek in relatie tot de afkondiging van fase 3, of ultimo fase 3c op de IC's («code zwart»). De door u genoemde «som» is gegeven deze complexiteit dan ook niet te maken. Wel houd ik dagelijks nadrukkelijk vinger aan de pols over de actuele stand van zaken in de zorg en de belastbaarheid op dat moment.

34.

Hoe kan het dat u in antwoord op de vragen naar aanleiding van de begroting VWS 2022 (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 14) (vraag 629) stelde dat er voor 1.700 operationele IC-bedden geen extra IC-verpleegkundigen nodig zijn en dat u dit antwoord herhaalde in de schriftelijke antwoorden naar aanleiding van de eerste termijn van de Kamer tijdens de begrotingsbehandeling VWS 2022, omdat u stelt dat de IC-verpleegkundigen altijd nog drie coronapatiënten kunnen verplegen en verzorgen in plaats van twee, terwijl de voorzitter van de NVIC stelt dat er nu al op veel plaatsen één op drie wordt gewerkt en mede daarom maximaal 1.200–1.250 operationele IC-bedden mogelijk zijn?

Antwoord:

Op verzoek van de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het

<sup>5</sup> LNAZ, «Opschalingsplan COVID-19 versie 1.1», oktober 2021.

<sup>6</sup> FMS, «Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk», 30 oktober 2020.

IC-Opschalingsplan<sup>7</sup> opgesteld. In het toenmalige Opschalingsplan is een crisisratio van één verpleegkundige op drie patiënten als mogelijke (nood)maatregel genoemd. In een dergelijke situatie zou bij een verpleegkundige-patiëntratio van 1:3, destijds geen extra IC-verpleegkundigen nodig zijn bij het opschalen tot 1.700 IC-bedden. Dit is echter geen wenselijk en houdbaar scenario, gezien de extreem hoge werkdruk die daarmee gepaard gaat, zoals in het antwoord op begrotingsvraag 629 ook is aangegeven. In het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19<sup>8</sup> van begin oktober 2021 heeft het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt, waarbij een verpleegkundige-patiëntratio van 1:2,5 wordt aangehouden. Ondanks de ruime materiële en fysieke beschikbaarheid van IC-bedden, zorgen factoren als ziekteverzuim, vermoeidheid, verminderde veerkracht en uitstroom ervoor dat er onvoldoende zorgpersoneel beschikbaar is.

35.

Waarom worden mobiliteitsgegevens nog altijd gebruikt als proxy voor een daling van het aantal contacten?

Antwoord:

Een goede maat voor daling in het aantal contacten wordt gegeven door het aantal meldingen van positieve testen een week later. Indien het niet mogelijk is om een week te wachten op het aantal meldingen van positieve testen zijn er andere indicatoren die gebruikt kunnen worden, waaronder indicatoren voor mobiliteit.

36.

Bent u ermee bekend dat de *Apple* en *Google mobility data* uit de briefing van de voorzitter van het OMT van 22 april 2021 laten zien dat de Nederlandse bevolking (en de inwoners van andere Europese landen overigens ook) steeds getraindere lockdowners werden en steeds meer eromheen gingen leven?

Antwoord:

Ik denk niet dat de conclusie dat de Nederlandse bevolking steeds getraindere lockdowners werden, getrokken kan worden uit de *Apple* en *Google mobility data*.

37.

De *Apple* en *Google mobility data* laten toch zien dat de mobiliteit op alle fronten bij elke coronagolf steeds minder daalde?

Antwoord:

Dat klopt.

38.

Is er inmiddels meer duidelijkheid over de suggestie in het OMT-advies dat er meer mensen naar Testen voor Toegang gaan vanwege drukte bij de GGD?

<sup>7</sup> LNAZ, «Opschalingsplan COVID-19», juni 2020.

<sup>8</sup> LNAZ, «Opschalingsplan COVID-19 versie 1.1», oktober 2021.

Antwoord:

In de eerste week na de persconferentie van 5 november jl. is er een toename in de testvraag geconstateerd in de teststraten van Testen voor Toegang van personen die zich met klachten lieten testen. Toen deze personen werden gebeld na de uitslag van een positieve test, gaven zij aan dat ze deze positieve test al vermoedden en dat ze vanwege de drukte bij de GGD naar Testen voor Toegang locaties waren uitgeweken om een testuitslag te krijgen. Ondertussen is de capaciteit bij de GGD-teststraten opgehoogd en is ook een nieuw zelftestbeleid geïmplementeerd: bij klachten kan je ook een zelftest doen, waarbij positieve zelftesten bevestigd kunnen worden bij de GGD. De verwachting is dat hierdoor het aantal mensen dat naar Testen voor toegang gaat om zich te laten testen met klachten zal afnemen.

Tevens valt te zien dat het aantal positief geteste personen in de afgelopen weken hoger was dan voorheen. Dit effect was tijdens eerder ook tijdens de zomerpiek te zien, toen het percentage positieven bij SON toenam tot 2,6%. Na deze piek stabiliseerde dit tot minder dan 0,5%. Momenteel ligt het percentage weer rond de 1,5%, waarbij het dus lijkt alsof er wederom een stabilisatie optreedt.

39.

Hoeveel mensen liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis die onder de 30 jaar zijn? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?

Antwoord vraag 39 t/m 46:

Op het Coronadashboard staan de aantallen nieuw opgenomen mensen per leeftijdscategorie. Cijfers van het LCPS geven bij de bedbezetting geen leeftijden of informatie over comorbiditeit. Er is daarom geen centrale informatie bekend over hoeveel mensen uit een bepaalde leeftijdsgroep in het ziekenhuis liggen of bij hoeveel daarvan sprake is van onderliggend lijden. Om hier een uitspraak over te doen is het noodzakelijk om dit gericht te bekijken.

Er is wel inzicht in nieuwe ziekenhuisopnames, inclusief de leeftijdsverdeling van personen die afgelopen week zijn opgenomen in het ziekenhuis. In week 47 zijn in totaal 1996 nieuwe patiënten met COVID-19 opgenomen in het ziekenhuis. Van dit aantal waren er 99 (5%) onder de 30 jaar. In dezelfde week zijn 18 jongeren (2%) met de leeftijd 18 – 25 jaar opgenomen in het ziekenhuis met COVID-19. In totaal zijn er 48 (2%) kinderen (< 18 jaar) opgenomen waarvan er 43 (2%) onder de 12 waren.

**Tabel: uitsplitsingen ziekenhuisopnames week 47.**

Vastgesteld 6 december 2021	Vastgesteld 6 december 2021	Vastgesteld 6 december 2021
Totaal	1.996	100%
Onder de 30 jaar	99	5%
Onder de 18 jaar	48	2%
18 – 25 jaar	18	1%
Onder de 12 jaar	43	2%

40.

Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 30 jaar?

Antwoord:

Zie vraag 39.

41.

Hoeveel jongeren van onder de 18 jaar liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?

Antwoord:

Zie vraag 39.

42.

Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 18 jaar?

Antwoord:

Zie vraag 39.

43.

Hoeveel jongeren in de leeftijd 18 tot 25 jaar liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?

Antwoord:

Zie vraag 39.

44.

Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is tussen de 18 en 25 jaar?

Antwoord:

Zie vraag 39.

45.

Hoeveel kinderen onder de 12 liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?

Antwoord:

Zie vraag 39.

46.

Welk percentage van het totaal aantal mensen dat met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 12 jaar?

Antwoord:

Zie vraag 39.

47.

Welk deel van de kinderen onder de 12 jaar heeft via de natuurlijke weg antistoffen tegen corona ontwikkeld?

Antwoord:

Met behulp van de PIENTER Corona studie, een representatieve prospectieve serosurveillance studie onder de Nederlandse bevolking, monitort

het RIVM sinds het begin van de pandemie onder andere de populatie immuniteit tegen SARS-CoV-2 onder alle leeftijden. In de meest recente studieronde (5<sup>e</sup>) van juni 2021 wordt de proportie kinderen onder 12 jaar met antistoffen op 18.3% geschat. Gegeven de recente hoge incidentie in kinderen wordt er een relatief gezien sterke toename van het aandeel met antistoffen in deze leeftijdsgroep verwacht. De 6<sup>e</sup> studieronde is onlangs gestart en zal op korte termijn een recenter beeld van de populatie-immuniteit (in deze groep) geven.

48.

Waar baseert u dit antwoord op als kinderen niet deelnamen aan het onderzoek van Sanquin?

Antwoord:

Deze schattingen zijn gebaseerd op de PIENTER Corona studie.

49.

Is er onderzoek gedaan naar het aantal antistoffen onder kinderen onder de 12 jaar?

Antwoord:

Ja, in de PIENTER Corona studie is onderzoek gedaan naar antistoffen bij kinderen onder de 12 jaar.

50.

Het klopt toch dat het percentage kinderen met natuurlijke antistoffen in het bloed tegen corona hoog moet zijn omdat de incidentie onder kinderen onder de 12 jaar sinds het uitbreken van de pandemie altijd hoog tot zeer hoog is geweest?

Antwoord:

Sinds de start van de pandemie tot en met de 2<sup>e</sup> golf (feb. 2021) is het aandeel kinderen met antistoffen in de algemene Nederlandse bevolking relatief gezien laag geweest ten overstaan van andere leeftijdsgroepen (op basis van resultaten uit de PIENTER Corona studie). De hoogste percentages zijn destijds waargenomen in adolescenten, jong volwassenen en 40- tot 60-jarigen. Sinds de 3<sup>e</sup> golf, tegelijkertijd met de introductie van meer besmettelijkere varianten, is er een relatieve stijging te zien in het aandeel kinderen < 12 jaar met antistoffen. Het percentage is meer vergelijkbaar geworden aan andere leeftijdsgroepen – met uitzondering van uitschieters in adolescenten, jong volwassenen en 40- tot 60-jarigen waar het aandeel door infectie nog steeds hoger is. Met de introductie van de nog besmettelijkere deltavariant sinds de zomer van 2021, en gegeven het grote deel dat nog vatbaar is in de leeftijdsgroep < 12 jaar, wordt er in de 4<sup>e</sup> golf een relatief grote toename in incidentie van gerapporteerde gevallen in deze groep gezien. Het daadwekelijke percentage kinderen < 12 jaar met antistoffen door infectie sinds de start van de 4<sup>e</sup> golf gaat verder onderzocht worden in de 6<sup>e</sup> studieronde van de PIENTER Corona studie.

51.

Op welke plek in de ranglijst van de vaccinatietracker van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) staat Nederland op dit moment? Is dat nog steeds de zestiende plek?

Antwoord:

Nederland staat momenteel op de twaalfde plaats van alle EU/EEA landen op de ECDC vaccinatie-tracker op basis van volledig gevaccineerden<sup>9</sup>. Het is hier wel goed om de kanttekening te maken dat ECDC een doorge-  
maakte infectie met daarna 1 vaccinatie niet als volledig gevaccineerd rekent.

52.

Kijkt u nog steeds driemaaldaags naar die ranglijst zoals u tijdens het coronadebat van 14 juli (Handelingen II 2020/21, nr. 100, item 2) zei? Zo ja, waarom?

Antwoord:

De ranglijst van ECDC is sinds enkele maanden een minder goede tool gebleken om een vergelijking te maken tussen landen. Onder andere omdat ECDC op dit moment een doorge-  
maakte infectie met daarna 1 vaccinatie niet als volledig gevaccineerd erkent terwijl Nederland – en veel andere Europese landen met ons – dit wel doet.  
Door deze verschillen wordt vergelijking bemoeilijkt. Mijn focus blijft liggen op het werken aan een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad in Nederland.

53.

Stuurt u daarom aan op vaccinatie van kinderen onder de 12 jaar, aangezien dat de enige mogelijkheid zou zijn om nog een paar plaatsen te stijgen op die ranglijst?

Antwoord:

Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd advies uit te brengen of het wenselijk is om kinderen te vaccineren. Deze aanvraag heb ik gedaan om kwetsbare kinderen die behoren tot een medisch hoge risicogroep te kunnen beschermen tegen een ernstige COVID-19 infectie. Het doel hiervan is absoluut niet om hoger op de ECDC ranglijst te komen. Het klopt niet dat we alleen kunnen stijgen als ook kinderen worden gevaccineerd. Elke week worden nog nieuwe eerste prikken gezet.

54.

Als het OMT benadrukt dat voor het beperken van het aantal besmettingen, het opvolging geven aan de basisregels en de collectieve maatregelen essentieel is, de infectiedruk zo hoog is en een code zwart in onze ziekenhuizen dreigt, waarom stuurt u dan nu de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs met werk, mbo en hoger onderwijs en 2G naar de Kamer?

Antwoord:

Zoals ook aangegeven in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel in verband met differentiatie in coronatoegangsbewijzen (2G CTB), draagt het voornemen om deze vorm van een coronatoegangsbewijs (CTB) als instrument toe te voegen, net als het voornemen om CTB's in meer sectoren in te kunnen zetten, bij aan het versterken van het aantal instrumenten wat ingezet kan worden om de impact van dit virus te beperken en het maatschappelijk leven zoveel mogelijk door te laten gaan. Aangezien het virus onder ons zal blijven, is er voorlopig nog behoefte

---

<sup>9</sup> COVID-19 Vaccine Tracker | European Centre for Disease Prevention and Control (europa.eu)



aan instrumentarium om zo snel en gericht te kunnen ingrijpen als dat nodig is.

55.

Welke voorstellen doet u om de nauwe contacten met het hoogste risico op virusoverdracht te verminderen?

Antwoord:

Het gehele pakket aan maatregelen is gericht op het verminderen van het aantal contactenmomenten. Nauwe contacten trachten we te voorkomen door sectoren momenteel gesloten te houden, of anderszins beperkende maatregelen te treffen. Zo kennen bijvoorbeeld de horeca en evenementensector momenteel een sluitingstijd tussen 17.00 uur en 05.00 uur, gelden er bezoekersnormen, alsook een mondkapjesplicht bij verplaatsing, het aanhouden van anderhalve meter afstand en het overleggen van een CTB door bezoekers.

56.

Waarom is de motie over het gebruik van het begrip «ademcirkel» (Kamerstuk 25 295 nr. 1524), die u zelf introduceerde en redelijk briljant is, door de premier ontraden?

Antwoord:

De motie is ontraden omdat het introduceren van een nieuw begrip verwarring zou kunnen veroorzaken. De boodschap is om 1,5 meter afstand te houden. Het is belangrijk dat de communicatie eenduidig is om zodoende de naleving van de maatregelen te verhogen. Vanuit gedragskennis weten we dat een heldere norm beter te begrijpen is dan een norm waarbij je zelf moet bepalen wat er wordt bedoeld. 1,5 meter is een heldere norm. Het begrip ademcirkel laat aan de ontvanger over om te bepalen wat dat is. De één zal denken dat 20 cm genoeg is de ander denkt aan een meter.

57.

Door uit elkaars ademcirkel te blijven vermindert het risico op overdracht toch spectaculair omdat het virus dan simpelweg niet kan overspringen? Hoeveel besmettingen zouden we minder hebben als iedereen een paar weken uit elkaars ademcirkel zou blijven?

Antwoord:

Er is geen duidelijke definitie van «ademcirkel», maar we gaan ervan uit dat het uit elkaars ademcirkel blijven, dezelfde resultaten oplevert als 1,5 meter afstand bewaren.

58.

De wetenschappers van het OMT stellen toch dat een coronatoegangsbewijs (CTB-)modaliteit een middel is om risico's te beperken bij opening van sectoren en geen maatregel is om virusverspreiding te voorkomen? Waarom gaat u dan in het licht van de zeer hoge infectiedruk en mogelijke code zwart toch door met het de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs en 2G?

Antwoord:

Zoals ook aangegeven in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel in verband met differentiatie in coronatoegangsbewijzen (2G-CTB), draagt het voornemen om deze vorm van een coronatoegangsbewijs (CTB),

alsook het voornemen om CTB's in meer sectoren in te kunnen zetten, bij aan het vermeerderen van het aantal instrumenten wat ingezet kan worden om de impact van dit virus te beperken en het maatschappelijk leven zoveel mogelijk door te laten gaan. Aangezien dit virus onder ons zal blijven, is er voorlopig nog behoefte aan instrumentarium om snel en gericht te kunnen ingrijpen als dat nodig is.

59.

Onderschrijft u de constatering van het OMT dat de CTB-modaliteit niet effectief is voor het voorkomen van virusverspreiding?

Antwoord:

Het OMT geeft in het 130<sup>e</sup> advies aan dat: «een CTB-modaliteit een middel is om risico's te beperken bij opening van sectoren en géén maatregel om virusverspreiding te voorkomen en een epidemie te bestrijden.» In hetzelfde advies benadrukken ze ook dat bij een hoge prevalentie van het coronavirus – zoals momenteel het geval is – de absolute risico's op verdere verspreiding óók bij gebruik van een CTB-modaliteit erg relevant zijn. Het OMT geeft dus aan dat het gebruik van CTB's alleen niet voldoende is voor het bestrijden van het virus. Het OMT benadrukt dat voor het beperken van het aantal besmettingen, het opvolgen van basisregels en generieke maatregelen, zoals het aanhouden van de anderhalve meter veilige afstand, essentieel zijn. Alleen daarmee kunnen de nauwe contacten met het hoogste risico op virusoverdracht verminderen. Met andere woorden: middels de basisregels en collectieve maatregelen moeten de absolute aantallen nieuwe besmettingen dalen. Om daarna de samenleving op een veilige en verantwoorde manier te kunnen openen (en open te houden), is het gebruik van CTB's noodzakelijk. Uiteraard houden we de proportionaliteit in de gaten en laten we deze maatregel los indien de situatie dat toelaat.

60.

Hoe ziet u de inzet van het CTB voor u met inachtneming van de door het OMT gemaakte constatering dat deze virusverspreiding niet voorkomt?

Antwoord:

Het OMT geeft in het 130<sup>e</sup> advies aan dat: «een CTB-modaliteit een middel is om risico's te beperken bij opening van sectoren en géén maatregel om virusverspreiding te voorkomen en een epidemie te bestrijden.» In hetzelfde advies benadrukken ze ook dat bij een hoge prevalentie van het coronavirus – zoals momenteel het geval is – de absolute risico's op verdere verspreiding óók bij gebruik van een CTB-modaliteit erg relevant zijn. Het OMT geeft dus aan dat het gebruik van CTB's alleen niet voldoende is voor het bestrijden van het virus. Het OMT benadrukt dat voor het beperken van het aantal besmettingen, het opvolgen van basisregels en collectieve maatregelen essentieel zijn. Alleen daarmee kunnen de nauwe contacten met het hoogste risico op virusoverdracht verminderen. Met andere woorden: middels de basisregels en collectieve maatregelen moeten de absolute aantallen nieuwe besmettingen dalen. Om daarna de samenleving op een veilige en verantwoorde manier te kunnen openen (en open te houden), is het gebruik van CTB's noodzakelijk. Uiteraard houden we de proportionaliteit in de gaten en laten we deze maatregel los indien de situatie dat toelaat.

61.

Is het inmiddels mogelijk het groene vinkje tijdelijk te laten vervallen als iemand die een coronatoegangsbewijs heeft positief is getest? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Zoals ook aangegeven in de beantwoording op eerdere schriftelijke vragen die hierover gesteld zijn<sup>10</sup>, is het op dit moment (tijdelijk) op afstand intrekken of ongeldig maken van coronatoegangsbewijzen (CTB's) technisch niet mogelijk zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming die ik heb gesteld aan de ontwikkeling van het Nederlandse CTB (zowel digitaal in de CoronaCheck-app als ook geprint op papier). Hierbij is een afweging gemaakt in de balans tussen de bescherming van persoonsgegevens en het tegengaan van misbruik. In die afweging heb ik uw Kamer eerder dit jaar meegenomen.<sup>11</sup> De CoronaCheck-app is daarom ontwikkeld volgens de principes van *privacy* en *security by design* waarbij verschillende maatregelen zijn getroffen om de privacy van burgers te borgen. Door deze ontwerpkeuzes bevat het CTB te weinig informatie om de QR-code in te trekken. Naar aanleiding van de motie van het lid Den Haan c.s.<sup>12</sup> «geen Groen vinkje in de CoronaCheck-app na besmetting», zal ik u binnenkort in een separate brief nader berichten over de keuzes die te maken zijn. Ter voorbereiding daarvan wordt de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 om advies gevraagd. Aan de Begeleidingscommissie is de vraag gesteld of en hoe de CoronaCheck-app kan worden aangepast zonder afbreuk te doen aan de hoge eisen van gegevensbescherming en privacy die aan de app zijn gesteld bij de ontwikkeling. Hierbij maak ik graag gebruik van alle expertise van de Begeleidingscommissie, waaronder op het gebied van ethiek, gedragswetenschappen, privacy en informatieveiligheid en morele aspecten.

62.

Als een test onderdeel wordt van een coronatoegangsbewijs (1G) en die test moet elke keer maximaal 24 uur van tevoren zijn afgenomen, hoeveel tests gaan er dan middels Testen voor Toegang per week afgenomen worden?

Antwoord:

Ik ben in de brief aan uw Kamer<sup>13</sup> van 24 november ingegaan op de overwegingen over 1G. Het is bijzonder moeilijk een adequate inschatting te maken van de testbehoefte, maar schattingen leveren een bandbreedte op van 7,7 – 46,9 miljoen testen per week, afhankelijk van de gekozen rekenmethode en het toepassingsbereik.

63.

Welk percentage tests afgenomen bij Testen voor Toegang is positief?

Antwoord:

Het percentage positieven in de teststraten van SON wordt beïnvloed door de prevalentie en verschilt over tijd. Rond de zomerpiek was er een piek te zien en liep het percentage positieven op tot 2,6%. Daarna stabiliseerde het percentage positieven tot minder dan 0,5%. Momenteel ligt het rond de 1,5%, waarbij het erop lijkt dat er een stabilisatie optreedt.

64.

<sup>10</sup> Aanhangsel Hadnelingen II 2021/22, nrs. 363 en 934

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 995.

<sup>12</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1540.

<sup>13</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1534.

Klopt het dat voor de modellering van de verschillende CTB-modaliteiten gerekend is met een twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een volledig gevaccineerde?

Antwoord:

Voor de modellering van de verschillende CTB-modaliteiten is gerekend met een 17 keer kleinere kans op opname. De vaccineffectiviteit tegen opname is namelijk 94%.

65.

Klopt het dat er voor de modellering per ongeluk gerekend is met een factor nog vier keer kleiner dan twintig keer kleiner?

Antwoord:

Nee, dit klopt niet.

66.

Het klopt toch dat als deze fout wordt hersteld en er wordt gerekend met een twintig keer kleinere kans in plaats van een vier keer kleinere dan twintig keer, dat het aantal ziekenhuisopnames voor het 2G-model met een factor vier toeneemt?

Antwoord:

Omdat er niet is gerekend met de door u in vraag 65 genoemde vier keer kleinere factor, is dit niet aan de orde.

67.

De twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een volledig gevaccineerde is toch niet meer actueel?

Antwoord:

De twintig keer kleinere kans is inderdaad nu niet meer actueel. De meest recente schatting van de bescherming tegen ziekenhuisopname is 94% op basis van alle gegevens van medio juli tot medio november. Als alleen de gegevens van de laatste 8 weken van deze periode wordt gebruikt, dan wordt de schatting 92% (<https://www.rivm.nl/documenten/effectiviteit-van-covid-19-vaccinatie-tegen-ziekenhuis-en-intensive-care-opname-in-0>).

68.

Het klopt toch dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bij de laatste rapportage kwam met een twaalf en een half keer lagere kans dan twintig keer lager?

Antwoord:

De meest recente schatting van de bescherming tegen ziekenhuisopname is 94% op basis van alle gegevens van medio juli tot medio november. Dit komt overeen met een 17 keer kleinere kans op opname. Als alleen de gegevens van de laatste 8 weken van deze periode wordt gebruikt, dan wordt de schatting 92%.

69.

Het klopt toch dat u de twaalf en een half keer kleinere kans inmiddels zelf al communiceert?

Antwoord:

Het klopt dat de 12,5 keer kleinere kans op een ziekenhuisopname ook genoemd is (zie vraag 70).

70.

U schrijft toch bovenaan pagina 37 van de Beantwoording Commissiebrief EK inzake Verzamelbrief met vragen over Covid-19 maatregelen, van 19 november jl.: «Het RIVM geeft daarbij aan dat de vaccineffectiviteit (VE) in de periode 11 juli t/m 14 november 94% was tegen ziekenhuisopname en 97% tegen IC-opname. De vaccineffectiviteit gemeten over de afgelopen acht weken was iets lager; 92% tegen ziekenhuisopname en 96% tegen IC-opname. Dit betekent dat een ongevaccineerde nog steeds 12,5 keer meer kans heeft op een ziekenhuisopname»?

Antwoord:

Dat klopt.

71.

Waarom wordt er dan gerekend met een twintig keer kleinere kans voor de CTB-modaliteiten?

Antwoord:

Er is gerekend met de meest recente schatting van de bescherming tegen ziekenhuisopname van 94% op basis van alle gegevens van medio juli tot medio november.

72.

Als dit klopt, dan zult u toch nieuwe doorrekeningen van de CTB-modaliteiten moeten verlangen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

In de huidige resultaten staat, over de vergelijking van 2G met de huidige 3G, een reductie van 82% in ziekenhuisopnames, o.b.v. een vaccineffectiviteit van 94%. Als we een vaccineffectiviteit van 92% aannemen, dan resulteert dit in een reductie van 78% in ziekenhuisopnames.

73.

Klopt het dat de overige cijfers die voor de modellering van de CTB-modaliteit zijn gebruikt uit de zomer stammen?

Antwoord:

Het percentage gevaccineerd of eerder besmet is gebaseerd op meldingen van 1 oktober t/m 16 november voor de geïnfecteerde populatie (alleen 12+) en vaccinatiecijfers (alleen 12+) uit week 43 (25 oktober) voor de niet geïnfecteerde populatie.

74.

Wat is uw reactie op het artikel «De Fata Morgana van het 2G rendement», dat op 24 november jl. werd gepubliceerd op de website van statisticus De Hond?

Antwoord:

Ik ben de heer De Hond erkentelijk voor zijn niet aflatende inzet op dit dossier. Het RIVM is verantwoordelijk voor de modellering van de

inschatting van effecten van maatregelen. De coronapandemie geeft ongetwijfeld ook de komende periode voeding aan de wetenschappelijke discussie over modellen en aannames met alle kennis die nu wordt opgedaan.

75.

Kunt u een actuele opsplitsing geven naar leeftijdsgroepen als het gaat om de verminderde kans op ziekenhuisopname?

Antwoord vraag 75 t/m 80:

In november was de mediane leeftijd van patiënten opgenomen in het ziekenhuis voor gevaccineerden 76 jaar en voor ongevaccineerden 63 jaar. Uit nieuwe analyses van ziekenhuis- en IC-opnames tot en met 14 november 2021, blijkt een nagenoeg onveranderde hoge werkzaamheid van COVID-19-vaccinatie tegen ziekenhuisopname (94%) en IC-opname (97%) over de periode juli-oktober. Dit betekent dat de kans voor volledig gevaccineerden om met COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen te worden 17 keer kleiner is dan voor ongevaccineerden. De kans om op de IC opgenomen te worden is 33 keer kleiner.

<i>Verminderde kans op ziekenhuisopname</i>		
	Ziekenhuisopnames	IC opnames
Leeftijd (jaar)	Volledig gevaccineerd	Volledig gevaccineerd
12-49	33	100
50-69	25	33
≥70	9	20
Overall	17	33

76.

Hoeveel kleiner is op dit moment de kans dat iemand tussen de 20 en 40 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?

Antwoord:

Zie vraag 75.

77.

Hoeveel kleiner is op dit moment de kans dat iemand tussen de 40 en 65 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?

Antwoord:

Zie vraag 75.

78.

Hoeveel kleiner is (op dit moment!) de kans dat iemand tussen de 65 en 80 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?

Antwoord:

Zie vraag 75.

79.

Hoeveel kleiner is (op dit moment!) de kans dat iemand boven de 80 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?

Antwoord:

Zie vraag 75.

80.

Wanneer en op basis van welke gegevens is die vaak gebruikte twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een volledig gevaccineerde berekend?

Antwoord:

Zie vraag 75.

81.

Vindt u het nou ook niet gek dat onze zuiderburen in België (geen ver en exotisch land) rekenen met een nog geen drie keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een volledig gevaccineerde 65-plusser? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ik heb hierover geen informatie kunnen achterhalen.

82.

Hoe verklaart u dit zeer grote verschil tussen drie keer kleinere kans en twintig keer kleinere kans? Of het verschil tussen een twaalf keer kleinere kans en drie keer kleinere kans?

Antwoord:

Ik heb hierover geen informatie kunnen achterhalen.

83.

Als voor de CTB-modaliteit van 2G wordt gerekend met een twaalf keer kleinere kans, in plaats van een vier keer kleinere kans dan twintig keer kleinere kans, dan kom je toch nooit uit op een reductie van «het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van besmettingen op de locatie met ongeveer 82%»? Is er dan nog wel sprake van een reductie? Zo ja, waarom?

Antwoord:

In de huidige resultaten staat, over de vergelijking van 2G met de huidige 3G, een reductie van 82% in ziekenhuisopnames, op basis van een vaccineffectiviteit van 94%. Als we een vaccineffectiviteit van 92% aannemen, dan resulteert dit in een reductie van 78% in ziekenhuisopnames.

84.

Kunt u deze som alstublieft laten narekenen door andere onderzoekers en die reductie van 82% bij 2G alstublieft niet een eigen leven gaan laten leiden alvorens deze narekening gedaan is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het model is openbaar, het staat een ieder vrij het zelf na te rekenen.

85.

Als voor de CTB-modaliteit van 3G+1G wordt gerekend met een twaalf keer kleinere kans, in plaats van een vier keer kleinere kans dan twintig keer kleinere kans, dan kom je toch nooit op een reductie van het aantal ziekenhuisopnames met 35%? Is er dan nog wel sprake van een reductie? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname is relevant voor het vergelijken van de vatbaarheid van de mensen die ongeïnfecteerd een CTB-locatie bezoeken. Bij 1G en 3G mogen alle ongeïnfecteerden met geldig bewijs naar binnen, dus voor het vergelijken van 1G met 3G is de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname niet relevant.

86.

Kunt u deze som alstublieft laten narekenen door andere onderzoekers en die reductie van 35% bij 3G+1G alstublieft niet een eigen leven gaan laten leiden alvorens deze narekening gedaan is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het model is openbaar, het staat een ieder vrij het zelf na te rekenen.

87.

Bent u bereid, gezien bovenstaande, ook de stelling dat het «afschaffen van het 3G-systeem leidt tot een toename van 59%» te laten narekenen, waarbij gebruik wordt gemaakt van geactualiseerde onderliggende cijfers? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het model is openbaar, het staat een ieder vrij het zelf na te rekenen.

88.

Bent u bereid, gezien bovenstaande, ook de stelling dat een «2G+1G-systeem waarbij ook een test vereist is voor gevaccineerden en recent herstelden, leidt tot een reductie van ongeveer 97% in infecties en ongeveer 93% in ziekenhuisopnames», te laten narekenen en dat er dan gebruik wordt gemaakt van geactualiseerde onderliggende cijfers zoals een hooguit twaalf keer kleinere kans op ziekenhuisopname van volledig gevaccineerden, te laten aanrekenen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

In de huidige resultaten staat een reductie van 93% in ziekenhuisopnames, op basis van een vaccineffectiviteit van 94%. Als we een vaccineffectiviteit van 92% aannemen, dan resulteert dit in een reductie van 91% in ziekenhuisopnames. De vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopnames heeft geen effect op het resultaat van 79% reductie (waarschijnlijk wordt dit bedoeld in de vraag in plaats van 97%) in het aantal infecties.



89.

Gaat die 79% reductie in infecties bij 2G+1G over alle infecties of om slechts die infecties die opgedaan worden in de huidige locaties waar een coronatoegangsbewijs geldt?

Antwoord:

Dat gaat, zoals ook in het advies aangegeven is, alleen om de infecties die opgedaan worden in de locaties waarin een coronatoegangsbewijs geldt.

90.

De meeste besmettingen met corona vinden toch plaats binnen het huishouden en in thuissettings zoals bezoek?

Antwoord:

Het klopt dat de meeste besmettingen waarvan de bron achterhaald kan worden, plaatsvinden binnen het huishouden en dat ook bezoek een grote rol speelt.

91.

Welke opvolging geeft u aan de door het OMT gemaakte constatering dat een 2G+1G-systeem met gelijkwaardige testsets voor iedereen het meest effectief is in zowel het voorkomen van besmettingen als het voorkomen van ziekenhuisopnames?

Antwoord:

In de brief aan uw Kamer<sup>14</sup> van 24 november is de Minister van VWS ingegaan op de overwegingen van een 1G beleid. Een 2G+1G-systeem betekent dat alleen gevaccineerden en mensen met een herstelbewijs met een negatief testbewijs binnen kunnen komen in locaties waar de 2G+1G verplichting geldt. Dit levert dezelfde soort logistieke uitdagingen op als bij een 1G-beleid. De operationele implicaties zijn ingrijpend en erg kostbaar. Bovendien wordt de last voor de groep mensen met een vaccinbewijs of een herstelbewijs verhoogd en is het reëel te veronderstellen dat minder mensen de CTB-plichtige sectoren zullen bezoeken als het 2G+1G regime van kracht zou worden, met de bijbehorende gevolgen voor ondernemers, organisatoren, verenigingen en clubs. Vanwege deze redenen wordt deze optie momenteel niet verder uitgewerkt.

92.

Als het bredere epidemiologische effect van de CTB-modaliteiten op de transmissie in de gehele bevolking gerelateerd is aan het aandeel van de infecties dat buiten deze locaties plaatsvindt, welk percentage van de transmissies vindt dan plaats binnen deze locaties? En welk percentage erbuiten?

Antwoord:

Door het hoge aantal besmettingen hebben de GGD'en het bron- en contactonderzoek tijdelijk afgeschaald. Hierdoor is het niet mogelijk om vast te stellen welk percentage van de transmissies plaatsvindt binnen en buiten de CTB-locaties.<sup>15</sup>

93.

---

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1534.

<sup>15</sup> Bron: RIVM.

Als voor het bredere epidemiologische effect van de CTB-modaliteiten op de transmissie in de gehele bevolking, er tevens aan gerelateerd is of de mensen die niet worden toegelaten alsnog elders samenkomen, welk deel van de mensen die niet wordt toegelaten komt dan alsnog elders samen?

Antwoord:

Het is onbekend welk deel van de mensen die op basis van een CTB niet toegelaten wordt, elders alsnog samenkomt.

Het is goed om hierbij in ogenschouw te nemen dat het toepassen van CTB's juist tot doel heeft om maatschappelijke activiteiten mogelijk te maken die zonder gebruik van CTB's nog niet of niet meer veilig zijn toe te laten. In de situatie zonder CTB zullen deze settings gesloten moeten worden of blijven en zal de groep die niet zou worden toegelaten bij toepassing van CTB's ook elders samenkomen.

94.

Realiseert u zich dat de mensen die alsnog elders samenkomen dat vaak zullen doen in bijvoorbeeld thuissettings waar de infectiedruk al zo hoog is?

Antwoord:

Ik realiseer me dat het mogelijk is dat mensen die op basis van een CTB niet toegelaten worden, elders alsnog samenkomen en dat dat ook in de thuissetting kan zijn.

95.

Welk deel van de samenkomsten van mensen die niet worden toegelaten verplaatst zich naar thuissettings? Als u dit niet weet, hoe kunt u dan concluderen dat de CTB-modaliteiten zinvol zijn in het verminderen van transmissie van het virus? Kunt u hierbij meewegen dat u in de horeca nog regels kunt verlangen zoals placering, afstand, hygiëne en kunt verlangen daarop toe te zien en dat u dat in thuissetting niet kunt?

Antwoord:

We weten niet welk deel van de samenkomsten van mensen die niet worden toegelaten zich verplaatst naar thuissettings. Het OMT concludeert, op basis van modellering, dat de inzet van CTB modaliteiten op die plekken waar het CTB wordt toegepast, zinvol kan zijn bij het verminderen van transmissie. Het is goed om hierbij in ogenschouw te nemen dat het toepassen van CTB's juist tot doel heeft om maatschappelijke activiteiten mogelijk te maken die zonder gebruik van CTB's nog niet of niet meer veilig zijn toe te laten. In de situatie zonder CTB zullen deze settings gesloten moeten worden of blijven en zal de groep die niet zou worden toegelaten bij toepassing van CTB's ook elders samenkomen.

96.

Als de conclusie van het OMT is dat, ik citeer: «Kortom, het realiseren van een maximale risicobeperking door gebruik van de CTB-modaliteiten, anders dan de huidige 3G, is complex en vraagt eigenlijk om een individuele beoordeling per settings met haar eigen bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgemaakte infectie, en niet-gevaccineerden, waarbij ook de leeftijd van de deelnemers en het bij de activiteit aantal aanwezigen (voorafkansen op aanwezigheid virus bij bepaalde incidentie) doorslaggevend is voor de beoordeling welke CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is», bent u dan bereid in het kader van een zorgvuldig wetgevingsproces in nieuwe berekeningen van CTB-modaliteiten, waarin niet alleen gerekend wordt met een twaalf keer

kleinere kans, maar waarin ook een onderverdeling wordt gemaakt in bezoekersmix, leeftijdsgroepen en aantal aanwezigen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om voor al die categorieën een aparte berekening te maken. Met de informatie uit dit advies kan een inschatting worden gemaakt van het risico in de verschillende soorten settings als deze open zijn zonder extra maatregelen en wat een passende vormgeving van het CTB-instrumentarium is om deze settings toch te kunnen openen of langer open te kunnen houden als zonder CTB de risico's te groot zijn. Daarbij is deze modellering behulpzaam.

97.

Wanneer zal de inpassing van zelftesten in het testbeleid in Nederland verwerkt worden in een testtabel?

Antwoord:

Het testbeleid gaat vanaf vrijdag 3 december in. Vanaf dan zal het ook worden verwerkt op de websites van de rijksoverheid en in de «testtabel».

98.

Wanneer zal het gebruik van zelftesten en de mogelijke effecten hiervan worden geëvalueerd?

Antwoord:

Er wordt momenteel een validatie studie opgezet waarbij wordt gekeken naar de prestaties van drie veel gebruikte zelftesten. Deze studies worden zo snel mogelijk gestart. Tevens worden er in het gedragsonderzoek van het RIVM altijd een aantal vragen gesteld over de zelftesten op basis waarvan gekeken kan worden of mensen de zelftesten ook daadwerkelijk meer gaan gebruiken bij klachten na het gewijzigde beleid.

99.

U begrijpt toch wel dat u niet kunt stellen dat: «Er wordt gesteld dat een 2G-CTB effectiever is in het terugdringen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames dan de inzet van 3G-CTB, al dan niet gecombineerd met 1G (iedereen testen)», als de modellering van de CTB-modaliteiten is gebaseerd op een twintig keer kleinere kans in plaats van op een twaalf keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een dubbel gevaccineerd persoon?

Antwoord:

In de huidige resultaten staat een reductie van 82% in ziekenhuisopnames, op basis van een vaccineffectiviteit van 94%. Als we een vaccineffectiviteit van 92% aannemen, dan resulteert dit in een reductie van 78% in ziekenhuisopnames. Dit gaat over de vergelijking van 2G met het huidige 3G.

100.

Per wanneer kunt u de nieuwe modellering van de CTB-modaliteiten gereed hebben waarmee er niet meer wordt gerekend met een twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een dubbel gevaccineerd persoon, laat staan een vier keer kleinere dan twintig keer kleinere kans?

Antwoord:

Dit is niet aan de orde.

101.

Vanaf welke *Cycle Threshold*-waarde (Ct-waarde) is er sprake van besmettelijkheid (*viral load*) bij *Polymerase Chain Reaction*-testen (PCR-testen)? Bent u van mening dat bij beoordeling van de sensitiviteit van antigeentesten een correctie moet plaatsvinden op basis van besmettelijkheid?

Antwoord:

Het is niet mogelijk om één standaard *Cycle Threshold*-waarde aan te geven, waarbij er sprake is van besmettelijkheid. Die waarde verschilt tussen de verschillende PCR-apparaten en zegt niet direct iets over de verschillen van gevoeligheid van de gebruikte technieken of over de kwaliteit van de laboratoria (zie bijvoorbeeld: [https://www.nvmm.nl/media/3969/toelichting\\_sars-cov-2-pcr-ct-waarden-28102020.pdf](https://www.nvmm.nl/media/3969/toelichting_sars-cov-2-pcr-ct-waarden-28102020.pdf)). Voor verschillende apparaten, gelden dus verschillende afkapwaarden.

Het is mogelijk om per PCR-apparaat een proxy voor besmettelijkheid op te stellen, bijvoorbeeld door middel van viruskweek. Het soort berekeningen en de gekozen waardes die gebruikt worden zijn specifiek voor de te beantwoorden vraag. Bij het beantwoorden van verschillende vragen kunnen verschillende berekeningen met verschillende waardes gebruikt worden.

102.

Is bij de modellering van de 1G-maatregel het positieve neveneffect meegenomen dat hierdoor het virus meer wordt opgespoord bij besmettelijke mensen? Kunt u zich voorstellen dat dit ook een positief neveneffect heeft op het reproductiegetal?

Antwoord:

Dit model gaat alleen over verspreiding op de CTB-locatie en de daar veroorzaakte besmettingen. Het opsporen van besmettingen zal inderdaad, als de positief geteste personen volgens de maatregelen in isolatie gaan, en ze anders niet getest zouden zijn, leiden tot minder transmissie en een lager reproductiegetal.

103.

Is in de modellering van de 2G-maatregel het negatieve neveneffect meegenomen dat mensen alsnog besmet kunnen raken en dit niet op de locatie, maar na afloop kunnen overbrengen op kwetsbare mensen? In hoeverre valt derhalve überhaupt iets te zeggen over reductie of toename van ziekenhuisopnames?

Antwoord:

Dit model gaat alleen over verspreiding op de CTB-locatie en de daar veroorzaakte besmettingen, niet over besmettingen hierop volgend. Om iets te kunnen zeggen over afname of toename van het totaal aan ziekenhuisopnames moet eerst duidelijk zijn ten opzichte van welke situatie we de afname of toename bepalen.

104.

Welk deel van het ziekteverzuim onder IC-verpleegkundigen komt doordat zij in quarantaine moeten omdat huisgenoten waaronder kinderen besmet zijn met het coronavirus?

Antwoord:

De NZa beschikt over de ziekteverzuimcijfers van IC-personeel. Deze cijfers geven het percentage ziekteverzuim op de IC weer onder personeel dat direct zorg levert aan patiënten, dit is inclusief personeel dat afwezig is door onder meer een positieve COVID-test en/of quarantaineverplichting. Het aandeel quarantaine-verzuim vanwege besmette huisgenoten is daarmee niet bekend.

105.

Als het OMT stelt dat de infectiedruk voldoende omlaag kan door het naleven van de basismaatregelen, waarom verlangt u dat dan niet van scholen alvorens u schoolsluitingen overweegt?

Antwoord:

Er is geen sprake van schoolsluiting. Voor de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren is het juist van groot belang dat zij fysiek naar school kunnen blijven gaan. Zeker voor leerlingen in een kwetsbare positie is dat cruciaal.

106.

Waarom geen mondkapjesplicht op scholen in plaats van een schoolsluiting nu uit breed onderzoek naar honderden mondkapjesonderzoeken blijkt dat mondkapjes het aantal besmettingen kan halveren?

Antwoord:

Sinds 29 november jl. geldt een mondkapjesplicht bij verplaatsing in en rond de school (zoals trappenhuis, aula/kantine, wc en gangen) voor leerlingen en personeel in het voortgezet (speciaal) onderwijs en voor het personeel van het primair onderwijs en speciaal (basis)onderwijs. Leerlingen van groepen 6, 7 en 8 in het primair onderwijs wordt dringend geadviseerd om bij verplaatsing een mondkapje te dragen.

107.

Als het reproductiegetal (R-getal) nu 1,26 is, naar welk getal daalt het R-getal dan als het aantal besmettingen halveert?

Antwoord:

Als het aantal besmettingen halveert daalt de waarde van het reproductiegetal. De mate waarin het daalt wordt bepaald door het tempo waarin die halvering plaats vindt. Zonder deze informatie kan alleen worden gezegd dat de nieuwe waarde van het reproductiegetal tussen 0 en 1 zal liggen.

108.

Als ongeveer een derde van de scholen niet voldoet aan de ventilatierichtlijnen voor scholen uit het Bouwbesluit, waarom verlangt u dan niet dat die scholen daar per omgaande wel aan voldoen?

Antwoord:

Juist om gemeenten en schoolbesturen tegemoet te komen in de kosten om dit op orde te krijgen, heeft het kabinet in totaal € 360 miljoen uitgetrokken. Dankzij dit geld, konden scholen in eerder dit jaar via gemeenten voor € 100 miljoen subsidie aanvragen, via de Specifieke Uitkering Ventilatie in Scholen (SUVIS). Hiermee konden de meest urgente problemen worden aangepakt. Waar sommige scholen al klaar zijn met de aanpassingen, zullen andere er nog druk mee bezig zijn. In sommige

gevallen maken de ventilatiemaatregelen bijvoorbeeld onderdeel uit van een groter renovatieproject. Omdat deze subsidieregeling overtekend was, is vervolgens nog eens € 100 miljoen naar voren gehaald voor een tweede subsidieronde. Scholen kunnen via hun gemeente tot en met 31 januari 2022 een nieuwe aanvraag indienen.

109.

Waarom verlangt u niet van de scholen die niet voldoen aan de ventilatierichtlijnen voor scholen uit het Bouwbesluit dat zij per omgaande overgaan tot permanente ventilatie van die klaslokalen door het op een kier zetten van de ramen in het klaslokaal?

Antwoord:

Welke maatregelen nodig zijn om de kwaliteit van luchtverversing te verbeteren, hangt af van een aantal zaken, zoals welk type ventilatiesysteem de onderwijsruimte heeft. De handreiking Optimaal ventileren op scholen helpt scholen, schoolbesturen en medewerkers van gemeenten die met onderwijshuisvesting te maken hebben om stap voor stap tot optimaal geventileerde schoolgebouwen te komen. Daarnaast kunnen scholen voor ondersteuning en extra informatie terecht bij de helpdesk van kenniscentrum Ruimte-OK.

110.

Klopt het dat in middelbare scholen nog steeds de leerlingen tussen de lessen van klaslokaal wisselen en niet de docenten?

Antwoord:

Alle scholen in het funderend onderwijs wordt dringend geadviseerd om cohortering toe te passen op het niveau van groepen/klassen (kleinere bubbels binnen een klas of groep kan alleen als de ruimte het toelaat en dit niet leidt tot minder onderwijs op school). Op welke wijze een (middelbare) school uitvoering geeft aan dit advies betreft (school)beleid. Dit kan betekenen dat in het ene geval het logischer en praktisch uitvoerbaar is om de docenten van lokaal te laten wisselen, terwijl in een ander geval het meer voor de hand ligt dat leerlingen zich verplaatsen. Alle scholen is overigens ook dringend geadviseerd om indien mogelijk looproutes in en rondom het gebouw in te richten, waardoor sprake kan zijn van éénrichtingsverkeer.

111.

Waarom verlangt u niet voordat u overgaat tot schoolsluitingen dat de leerlingen op middelbare scholen vaste lokalen krijgen en alleen de docenten tussen de lessen van lokaal wisselen?

Antwoord:

Er is op dit moment geen sprake van schoolsluiting. Zoals ik in mijn reactie op de vorige vraag heb aangegeven, laten we de uitwerking van cohortering op dit moment aan de school. Zij zijn zelf het beste in staat om te bepalen hoe de maatregelen in hun school het beste vormgegeven kunnen worden.

112.

Hoe kijkt u naar het advies om alleen volwassenen aan de anderhalvemeter-regel te laten houden en het feit dat mondkapjes niet worden genoemd in het advies? Hoe kijkt u naar de rol die kinderen spelen bij de verspreiding van het virus?

Antwoord:

De maatregelen die nu gelden, dienen ervoor te zorgen dat we het onderwijs verantwoord open kunnen houden. Ten aanzien van het onderwijs, adviseert het OMT namelijk geen algemene schoolsluiting, ondanks dat in het onderwijs veel besmettingen optreden, die tot doorgifte van de infectie aan de ouders kunnen leiden. Aan scholen is daarom dringend geadviseerd om de basisregels na te leven en activiteiten op school te beperken tot het primaire proces van lesgeven. Daarnaast zijn aanvullende maatregelen voor het funderend onderwijs ingevoerd.

De leerlingen in en rond de school hoeven geen 1,5 meter afstand te houden tot elkaar. De reden dat leerlingen geen afstand hoeven te houden, is dat alle kinderen en jongeren in de gelegenheid moeten zijn om volledig fysiek onderwijs te genieten. Eventuele andere aanwezigen moeten dat wel. Voor personeel geldt wel het dringende advies om 1,5 meter afstand tot elkaar en andere aanwezige volwassenen te houden. Wat betreft de rol van kinderen bij de verspreiding van het virus ga ik uit van het OMT-advies.

113.

Waarom verrijkt u uw communicatie niet met het door u geïntroduceerde begrip «ademcirkel»?

Antwoord:

Het introduceren van het begrip «ademcirkel» gaan we niet communiceren, omdat het introduceren van een nieuw begrip verwarring zou kunnen veroorzaken. De boodschap is het houden van de 1,5m afstand. Het is belangrijk dat communicatie eenduidig is om zodoende de naleving van maatregelen te verhogen. Vanuit gedragskennis weten we dat een heldere norm beter te begrijpen is dan een norm waarbij je zelf moet bepalen wat er wordt bedoeld. 1,5 meter is een heldere norm. Het begrip ademcirkel laat aan de ontvanger over om te bepalen wat dat is. De één zal denken dat 20 cm genoeg is, de ander denkt aan een meter.

114.

Hoe ziet u de rol van mondkapjes in de adviezen en daaraan gekoppelde communicatie, aangezien we zien dat het gebruik van mondkapjes niet altijd tussen de basismaatregelen wordt genoemd?

Antwoord:

Het dragen van mondkapjes is geen basismaatregel. Het is pas nodig als de basismaatregel «1,5 meter afstand houden» niet goed mogelijk is, zoals in het OV of bij verplaatsingen in horeca of winkels. We proberen het aantal basismaatregelen in de communicatie te beperken omdat een beperkt aantal basismaatregelen beter te onthouden is dan veel basismaatregelen.

We roepen ondernemers en andere beheerders van locaties waar de mondkapjesplicht geldt op om bij de ingang borden neer te zetten met «hier geldt de mondkapjesplicht». Veel beheerders doen dat ook, zo hangen deze borden op veel stations en bij de ingang van veel winkels. Deze vorm van communiceren helpt bij het verhogen van de naleving. Ondernemers die dat willen kunnen gebruik maken van communicatiemateriaal van de overheid.

115.

Welke typen zelftests zijn bij u bekend als kansrijke en effectieve tests?

Antwoord:

De antigeen-sneltesten op basis van neusafname zijn effectief. De speekselzelftest is in opdracht van mijn Ministerie in september onderzocht, waarvan de resultaten onlangs bekend zijn geworden. Uit de resultaten van de speekseltest blijkt dat deze test helaas significant minder presteert dan de neustest. Op basis van dit onderzoek zie ik vooralsnog geen grote rol weggelegd voor antigeen-zelftesten op basis van speeksel voor grootschalige inzet. De speekselzelftest is hiervoor niet voldoende sensitief.

116.

Bent u bekend met MolGen MegaPrep? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u om deze in te zetten voor het breder gebruik van zelftests, ook gegeven het feit dat deze zelftests de testcapaciteit flink kunnen verhogen?

Antwoord:

Wereldwijd vinden er ontzettend veel innovaties plaats op het testen, ook in Nederland. Ik ben hier blij mee en volg de ontwikkelingen op de voet. We hebben op dit moment de antigeen zelftesten die goed presteren en die nu breed worden ingezet. De zelftest zien we nog niet als vervanging van de testcapaciteit van de GGD'en.

We staan altijd open voor innovaties op testgebied die het testproces sneller, gebruiksvriendelijker of nog betrouwbaarder kunnen maken, mits deze noodzakelijk, opschaalbaar en kosten effectief zijn. Indien er behoefte is dan zal Dienst testen hiervoor een offerte aanvragen voor organiseren.

117.

Kunt u de volledige berekening van het model rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs (3G, 2G, 3G+1G, 2G+1G) met de Kamer delen?

Antwoord:

Het model is openbaar, zie ook de bijlage onderaan deze brief.

118.

Welk aandeel van de testen bij de GGD zijn confirmatietesten naar aanleiding van testen voor het CTB?

Antwoord:

Confirmatietesten zijn testen naar aanleiding van een positieve zelftest. Bij een positieve uitslag voor een test voor toegang bij Stichting Open Nederland, hoeft een persoon zich in de regel (er gelden enkele uitzonderingen voor mensen met een verzwakte gezondheid) niet meer te laten hertesten bij de GGD. Deze positieve uitslag (5.818 in week 47) wordt namelijk direct doorgegeven aan de betreffende GGD-regio t.b.v. het bron- en contactonderzoek. Afgelopen week (22 t/m 28 november) werden er in totaal 65.101 confirmatietesten afgenomen door GGD-en, gemiddeld 9.300 per dag. Gezien de drukte bij het maken van een afspraak voor een test bij de GGD wordt niet altijd gevraagd of het een confirmatietest na een positieve zelftest betreft. Er is hier dus mogelijk sprake van onderrapportage.

119.

Wat draagt het aandeel van testen voor het CTB bij aan het onderdrukken van het virus, als gevolg van detectie?



Antwoord:

Het is moeilijk te zeggen wat testen voor het CTB precies bijdraagt aan het onderdrukken van het virus. Er is echter zeker een positief effect te verwachten omdat de mensen die nu positief getest worden – ongeveer 1,5% – dat anders niet, of later, hadden ontdekt.

120.

Waarom is de positieve externaliteit, namelijk het detecteren van het virus als gevolg van testen voor het CTB, niet meegenomen in het onderzoek naar de diverse CTB-modaliteiten?

Antwoord:

De berekening die in het OMT advies staat is gericht op gedrag binnen de evenementen en locaties, er zijn geen aannames of conclusies over gedrag buiten deze evenementen en locaties.

121.

Wat neemt het OMT aan dat het gedragseffect is van de 2G-modaliteit voor mensen die buiten de 2G-evenementen elkaar ontmoeten?

Antwoord:

De berekening die in het OMT advies staat is gericht op gedrag binnen de evenementen en locaties, er zijn geen aannames of conclusies over gedrag buiten deze evenementen en locaties.

122.

Wat zijn de onzekerheidsmarges van de modellen rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs? Kunt u de onzekerheidsmarge per «G»-maatregel delen?

Antwoord:

De resultaten uit de modellen rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs laten ordegroottes zien die gericht zijn op het begrijpen van de verschillen. Daarom zijn geen onzekerheidsmarges gegeven.

123.

Heeft het RIVM/OMT óóit eerder gemodelleerd met een antigeentestsensitiviteit van 59%? Zo ja, in welke modellen is nog meer van deze aanname uitgegaan? Zo nee, waarom nu ineens wel?

Antwoord:

Het RIVM heeft eerder de impact van grootschalig testen berekend, zie bijvoorbeeld <https://www.rivm.nl/documenten/expected-outcome-of-covid-19-vaccination-strategies>. Het soort berekeningen en de gekozen waarden die gebruikt worden zijn specifiek voor de te beantwoorden vraag. Bij het beantwoorden van verschillende vragen kunnen verschillende berekeningen met verschillende waarden gebruikt worden.

In de berekening wordt een gevoeligheidsanalyse gegeven waarmee af te lezen valt wat de uitkomst is voor elke waarde van de gevoeligheid van 0 tot 100%.

124.

Hoe kán het dat in de modelberekening van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs uit is gegaan van een antigeentestsensitiviteit van 59% bij presymptomatische en asymptomatische mensen terwijl het onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) (Schuit et al.) juist concludeert dat de testsensitiviteit oploopt tot 85%: «The sensitivities of both rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts tested on day 5 onwards after close contact with an index case were more than 60%, increasing to more than 85% after a viral load cut-off was applied as a proxy for infectiousness»?

Antwoord:

Schuit et al. rapporteert deze waarde van de sensitiviteit van de test voor opsporen van mensen die op het moment van testen besmettelijk zijn. De berekening vereist de sensitiviteit van de test voor opsporen van mensen van mensen die besmettelijk zijn of dat binnenkort gaan worden. Dat is een andere sensitiviteit.

De hogere sensitiviteit geldt voor het aantonen van hogere besmettelijkheid op moment van testafname, bij toepassen van een drempelwaarde voor besmettelijkheid. Je haalt er dus niet alle besmettelijken uit, en de test mag tot 24h voor het evenement worden afgenomen, waardoor de sensitiviteit voor opsporen van iemand die besmettelijk is tijdens het evenement lager zal zijn.

125.

Waarom is in de modellering rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs louter gekozen voor de antigeentestsensitiviteit bij presymptomatische en asymptomatische mensen in plaats van testsensitiviteit bij (lichte) klachten? Gaan de modellers er daadwerkelijk vanuit dat louter presymptomatische en asymptomatische mensen, zonder enkele vorm van keelpijn of verkoudheid, gebruik maken van Testen voor Toegang?

Antwoord:

De berekening is gemaakt voor de situatie waarbij iedereen de regels naleeft. Dat betekent dat in die situatie iemand met klachten naar de GGD teststraat zou moeten gaan, en niet naar testen voor toegang. De dringende oproep is al deze hele pandemie om bij klachten thuis te blijven. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat mensen met klachten toch gaan testen voor toegang.

126.

Beaamt u dat er een verschil in doelstelling is tussen mensen testen per antigeen versus PCR? Kunt u vervolgens uitleggen hoe dit verschil is verwerkt in de modellering rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs?

Antwoord:

Bij testen in het kader van CTB wordt gebruik gemaakt van de antigeentest, en daarom is deze bij het modelleren gebruikt. In de berekening wordt een gevoeligheidsanalyse gegeven waarmee af te lezen valt wat de uitkomst is voor elke waarde van de gevoeligheid van 0 tot 100%, en deze gevoeligheidsanalyse kan voor zowel voor antigeentesten als PCR-testen gebruikt worden.

127.

Waarom hebben de modelleers nagelaten om de sensitiviteit van de antigeensneltest te corrigeren op besmettelijkheid conform de onderzoeksresultaten van Schuit et al. (UMC Utrecht)? Is hier sprake van een fout of een doelredenering? In het geval van het eerste, bent u bereid om deze modelleringfout zo spoedig mogelijk recht te zetten conform het referentie onderzoek en de nieuwe modelberekening rondom de coronatoegangsbewijzen de Kamer te laten doen toekomen? In het geval van een doelredenering, kunt u exact dezelfde modellering opnieuw uitvoeren maar dan aan de hand van de juiste aanname wetende 60 tot 85% testsensitiviteit bij antigeentesten onder asymptomatische en presymptomatische mensen? Kunt u deze vragen per vraag beantwoorden en niet clusteren?

Antwoord:

De hogere sensitiviteit geldt voor het aantonen van hogere besmettelijkheid op moment van testafname, bij toepassen van een drempelwaarde voor besmettelijkheid. Je haalt er dus niet alle besmettelijken uit, en de test mag tot 24 uur voor het evenement worden afgenomen, waardoor de sensitiviteit voor opsporen van iemand die besmettelijk is tijdens het evenement lager zal zijn. In de bijlage bij het 130<sup>e</sup> OMT-advies is ook aangegeven wat er gebeurt met de rangorde van de verschillende CTB-modaliteiten als de testsensitiviteit verschuift bij een sensitiviteit van 69% en 88%.

128.

Is in de modellering van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs het mogelijke gedragseffect van schijnveiligheid meegenomen bij 2G?

Antwoord:

In de modellering zijn geen gedragseffecten meegenomen.

129.

Klopt het dat het 3G-CTB gunstigere invloed heeft op het reproductiegetal dan het 2G-CTB en dat het reproductiegetal op de langere termijn een veel groter effect heeft op ziekenhuisopnames heeft dan de directe effecten van een CTB-modaliteit?

Antwoord:

Uit de modellering kan niet de conclusie getrokken worden dat het 3G-CTB een gunstigere invloed heeft op het reproductiegetal dan het 2G-CTB.

130.

Hoeveel zeggingskracht hebben de gevonden resultaten rond de diverse CTB-modaliteiten, gegeven de vele onzekerheden die de rekenmodellen omgeven?

Antwoord:

Alle gebruikte modellen geven een inschatting van de vermindering van het risico op verspreiding. Daar horen onzekerheden bij. Het is van belang dat we deze onzekerheden meenemen in de besluiten die op basis van deze inschatting genomen worden.

131.

Zijn alle aannames voor de modellering van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs gedeeld in dit document?

Antwoord:

Niet alle aannames voor de modellering van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs zijn gedeeld in de bijlage bij het OMT advies. Ze zijn bijgevoegd in de bijlage bij deze antwoorden<sup>16</sup>.

132.

Wordt er een intercollegiale toets gedaan op de modellen van de TU Delft en de berekening van het RIVM, door een andere Nederlandse studiegroep of buitenlandse universiteit? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Een intercollegiale toets wordt gedaan als standaard onderdeel van het wetenschappelijk publicatieproces; de doorlooptijd van dat proces is lang vergeleken bij de tijd beschikbaar voor het geven van advies. De berekeningen van het RIVM worden gedocumenteerd en gepresenteerd op de website van het RIVM, zie <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/hoe-berekeningen-bijdragen-aan-bestrijding-van-virus/rekenmodellen>.

133.

Met welke aanname is gerekend voor de verhouding van gevaccineerden/ongevaccineerden bij de bezoekers, in het geval van de 3G-modaliteiten?

Antwoord:

Voor de verhouding van gevaccineerden/ongevaccineerden bij de bezoekers, in het geval van de 3G-modaliteiten is gerekend met 54,2% gevaccineerd of eerder besmet voor geïnfecteerden en 80,2% gevaccineerd of eerder besmet voor niet-geïnfecteerden.

134.

Kunt u niet alleen van Duitsland, Frankrijk en Oostenrijk, maar van alle Europese landen aangeven of zij wel of niet met 2G werken?

Antwoord:

Het RIVM heeft nog geen overzicht van alle Europese landen.

135.

Klopt het dat het model van de Technische Universiteit Delft (TU Delft) de vaccineffectiviteit ten behoeve van ziekenhuisopnames een dubbeltelling kent, namelijk doordat zowel de kans van gevaccineerden om besmet te worden ten opzichte van ongevaccineerden is meegenomen, als de kans van een besmette gevaccineerde om in het ziekenhuis te komen ten opzichte van een besmette ongevaccineerde?

Antwoord:

Navraag bij de TU Delft leert dat er inderdaad sprake is van een onderschatting van een conditionele kans. De onderzoekers hebben deze kansinschatting gecorrigeerd en het gecorrigeerde rapport is als bijlage bij deze brief meegestuurd. Dat betekent dat de ziekenhuisopnames onder besmette gevaccineerden in het onderzoek van de TU Delft met ongeveer een factor 4 moeten worden vermenigvuldigd. Deze correctie heeft een

<sup>16</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

relatief kleine impact op de conclusies en resultaten, omdat het gaat om kleine aantallen die moeten worden aangepast. Deze dubbeltelling heeft geen gevolgen voor de modellering van het RIVM in de bijlage bij het 130<sup>e</sup> OMT-advies<sup>17</sup>. In die bijlage wordt het stuk van de TU Delft wel genoemd, maar niet gebruikt.

136.

Kunt u bevestigen dat het onderzoek van Schuit, E., Veldhuijzen, I. K., Venekamp, R. P., Van den Bijllaardt, W., Pas, S. D., Lodder, E. B. et al. Diagnostic accuracy of rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts of individuals with confirmed SARS-CoV-2 infection: cross sectional study» de bron is voor de aanname dat «de testsensitiviteit van de gebruikte antigeentest: 59%» is?

Antwoord:

Genoemd onderzoek is één van de bronnen voor de gekozen waarde van testsensitiviteit. Het is niet de enige publicatie op dat onderwerp, andere publicaties geven vergelijkbare range van waarden.

137.

Waarom wordt gerekend met een vaccineffectiviteit tegen transmissie van 50% terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie uitgaat van een transmissie-reductie van 40%? Wordt hiermee de 2G-maatregel niet gunstig beoordeeld?

Antwoord:

In de huidige resultaten staat een reductie van 35% (1G) en 82% (2G) in ziekenhuisopnames, op basis van een vaccineffectiviteit tegen transmissie van 50%. Als we een vaccineffectiviteit van 40% aannemen, dan resulteert dit in een reductie van 37% (1G) en 81% (2G) in ziekenhuisopnames. Dit gaat over de vergelijking van 1G en 2G met het huidige 3G.

138.

Waarom is gerekend met een testsensitiviteit van een antigeentest van 59%, terwijl de testsensitiviteit bij besmettelijke mensen zonder klachten tot 85% loopt?

Antwoord:

De hogere sensitiviteit geldt voor het aantonen van hogere besmettelijkheid op moment van testafname, bij toepassen van een drempelwaarde voor besmettelijkheid. Niet alle besmettelijke mensen worden er dus uit gehaald, en de test mag tot 24 uur voor het evenement worden afgenomen, waardoor de sensitiviteit voor opsporen van iemand die besmettelijk is tijdens het evenement lager zal zijn.

139.

Het rapport geeft aan dat de uitkomsten van 1G+3G in zéér grote mate verschillen van het risico-taxatiemodel van de TU Delft omdat er met een andere aanname (testsensitiviteit) is gewerkt, wat is aan deze keuze vooraf gegaan?

Antwoord:

Het RIVM heeft gekozen voor een lagere testsensitiviteit. De hogere sensitiviteit geldt voor het aantonen van hogere besmettelijkheid op

<sup>17</sup> Onderdeel advies 130e OMT: effectiviteit coronatoegangsbewijs.

moment van testafname, bij toepassen van een drempelwaarde voor besmettelijkheid. Niet alle besmettelijke mensen worden er dus uit gehaald, en de test mag tot 24 uur voor het evenement worden afgenomen, waardoor de sensitiviteit voor opsporen van iemand die besmettelijk is tijdens het evenement lager zal zijn.

## BIJLAGE: HET GEBRUIKTE MODEL

Voor het berekenen van de effectiviteit van de verschillende CTB-modaliteiten als iedereen de maatregelen zou volgen, is de volgende input gebruikt:

Parameter	Gebruikte waarde	Omschrijving
PrVacInf	0.542	Aandeel gevaccineerden en recent geïnfecteerden onder nieuwe infecties in 12+
PrVaccSus	0.802	Aandeel gevaccineerden en recent geïnfecteerden in de algemene bevolking 12+
Se	0.59	Testsensitiviteit
VETrans	0.50	Vaccineffectiviteit tegen transmissie
VE (infectie)	0.70	Vaccineffectiviteit tegen infectie
VE (opname)	0.94	Vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname

In de volgende tabel staan de formules voor het berekenen van de resterende gemiddelde infectiviteit en resterende gemiddelde vatbaarheid, ten opzichte van een situatie in een naïeve populatie, zonder vaccinatie, zonder CTB. Dit is dus wat er overblijft van de oorspronkelijke 100%, hier uitgedrukt als proportie 1.

Situatie	Resterende Infectiviteit (RestInf)	Resterende Vatbaarheid (RestVatb)
Naïeve populatie	1	1
0G	$PrVacInf * (1 - VTrans) + (1 - PrVacInf)$	$PrVaccSus * (1 - VE) + (1 - PrVaccSus)$
1G	$PrVacInf * (1 - VTrans) * (1 - Se) + (1 - PrVacInf) * (1 - Se)$	$PrVaccSus * (1 - VE) + (1 - PrVaccSus)$
2G	$PrVacInf * (1 - VTrans) / PrVaccSus$	$1 - VE$
3G	$PrVacInf * (1 - VTrans) + (1 - PrVacInf) * (1 - Se)$	$PrVaccSus * (1 - VE) + (1 - PrVaccSus)$
2G+1G	$PrVacInf * (1 - VTrans) * (1 - Se) / PrVaccSus$	$1 - VE$

Het resterend aantal infecties of ziekenhuisopnames wordt dan berekend als:

$$\text{Resterende infecties/opnames} = \text{RestCases} = \text{RestInf} * \text{RestVatb}$$

De reductie in het aantal infecties of ziekenhuisopnames ten opzichte van 3G wordt berekend als:

$$\text{Reductie van «Situatie X» t.o.v. 3G} = 1 - \text{RestCases(Situatie X)} / \text{RestCases(Situatie 3G)}$$

### Kabinetsreactie verzoek van Houwelingen

Uw Kamer heeft verzocht om een korte reactie op een tweetal brieven. Ten eerste die van Schoonmakend Nederland, waarin wordt verzocht om medewerkers en bedrijven in de schoonmaakbranche als cruciaal beroep aan te wijzen in relatie tot de verbreding van inzet van ctb naar de werkvloer en in de vorm van 2G. Daarnaast is verzocht om een reactie op de brief van NSWZ betreffende het gebruik van QR-codes bij zwembaden. Hierbij informeer ik uw Kamer over een kabinetsreactie op beide brieven.

### *Reactie brief Schoonmakend Nederland*

Het kabinet heeft begrip voor de zorgen die worden geuit door Schoonmakend Nederland, dat in hun ogen de vaccinatiediscussie terecht komt in de relatie opdrachtgever/opdrachtnemer doordat opdrachtnemers gaan eisen om een ctb in te gaan zetten. Hiervan is natuurlijk pas sprake na behandeling en het aannemen van de betreffende wetsvoorstellen door beide kamers.

Het kabinet vindt het van belang om een aantal misverstanden omtrent de verbreding van ctb naar werk weg te nemen. Om te beginnen is het niet mogelijk dat een werkgever (en in dat kader ook de opdrachtgever) een ctb gaat eisen van de werknemers. Alleen de overheid kan daartoe een besluit nemen. Dit gebeurt via een ministeriële regeling. Als het wetsvoorstel Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 971) wordt aangenomen, dan biedt deze wet de mogelijkheid om in sectoren waar reeds een ctb-plicht geldt voor bezoekers, de ctb ook van toepassing te verklaren op werknemers. Daarnaast kan op basis van een ministeriële regeling worden bepaald dat voor andere terreinen of delen daarvan een ctb-plicht kan gaan gelden voor eenieder die in het kader van een beroep of bedrijf, dan wel als vrijwilliger, toegang wenst tot een arbeidsplaats. Het zal gaan om terreinen, arbeidsplaatsen of settings waar een hoger risico is op verspreiding van het virus. Hierbij zal ook in de ministeriële regeling worden bepaald dat de ctb-plicht niet geldt voor die gevallen waarin de werkgever op een andere, in de regeling bepaalde wijze, zorgdraagt voor een beschermingsniveau dat vergelijkbaar is met het beschikken over een ctb. Op deze wijze wordt alsnog aan de ondernemer de keuze gegeven om geen ctb te vragen. Hierbij wordt nog opgemerkt dat als het schoonmaken op andere momenten kan plaatsvinden dan op het moment dat er ook bezoekers of ander personeel aanwezig is, de ctb-plicht waarschijnlijk niet van toepassing zal zijn. Tot slot is het van belang om op te merken dat, als het wetsvoorstel Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) wordt aangenomen, een 2G-ctb niet van toepassing wordt voor personen die beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden verrichten.

### *Reactie brief NSWZ*

Er is een bewuste afweging gemaakt om bij sport, en dus ook bij zwemlessen, een ctb te vragen aan iedereen boven de 18 jaar en daarmee ook aan de ouders. Dit omdat het onder de huidige epidemiologische omstandigheden niet verantwoord is om zwembaden of andere sportlocaties zonder ctb open te stellen.

In de brief van het NSWZ ten aanzien van een ctb bij zwemlessen wordt gesteld dat de juridische verplichting om een ctb te tonen op dit moment niet geldt voor zwemlessen omdat er een verbod is op het toelaten van publiek bij sport. De NSWZ stelt dat dit verbod ervoor zorgt dat er bij zwembaden sprake is van een besloten plaats. Dit is echter niet juist. Het door de NSWZ genoemde verbod ziet alleen op publiek, uitgezonderd de sporters. Op grond van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 (Trm) is de definitie van publiek: personen die ergens aanwezig zijn, met uitzondering van de daar al dan niet tegen betaling werkzame personen. Bovendien maakt dit verbod een zwembad niet tot een besloten plaats.

Zwembaden staan in de regel voor een ieder open en zijn dus veelal voor publiek toegankelijk. Dit maakt dat zwembaden zijn aangemerkt als een publieke plaats. Dat er op dit moment geen publiek bij sport mag worden toegelaten doet hier niet aan af, nu er nog wel sporters tot zwembaden worden toegelaten en ouders om hun kinderen weg te brengen en op te

halen voor zwemles. Kortom een zwembad blijft voor publiek toegankelijk en wordt dus aangemerkt als een publieke plaats. Nu het bovendien een publieke binnenruimte van een locatie voor de beoefening van sport is, geldt de ctb-plicht daar onverkort. Dat betekent dat ook de ouders een ctb-plicht hebben op het moment dat ze hun kinderen wegbrengen en ophalen voor zwemles.