

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3281154-1019672-PDC19

Bijlage(n)

-

Uw kenmerk
167290.215u

Datum 19 november 2021

Betreft Beantwoording Commissiebrief EK inzake Verzamelbrief met vragen over
Covid-19-maatregelen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Op 8 november hebben de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid, voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning, en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving een brief gestuurd, waarin zij het kabinet verzoeken om een reactie op aanvullende vragen, die de commissie heeft gesteld naar aanleiding van mijn brieven aan uw Kamer van afgelopen periode. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de beantwoording van deze vragen.

Vragen van de VVD-fractieleden

De leden van de VVD-fractie spreken hun dank uit voor de brief van 25 oktober jl. met de beantwoording van de vragen over de stand van zaken brief Covid-19 d.d. 14 september 2021.

Vraag 1:

In reactie op de vraag naar de mogelijkheden om meer in te zetten op controle van de vaccinatiestatus in onder meer de zorg en op de werkvloer, meldt u dat verkend wordt hoe de registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk gemaakt kan worden, eventueel met inzet van het coronatoegangsbewijs (CTB). Hiervoor is een wetswijziging vereist, omdat in de huidige Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen werknemers worden uitgezonderd. Het kabinet verkent of deze uitzondering kan vervallen en onder welke voorwaarden. Aangegeven wordt dat hierover begin november een besluit wordt genomen. Op zich zijn de leden van de VVD-fractie bereid dit besluit af te wachten, ware het niet dat de toevoeging "Het gaat uitdrukkelijk niet om een registratieplicht en evenmin zijn medewerkers verplicht mee te werken aan een uitvraag en hun vaccinatiestatus te delen", opnieuw vragen oproept. Als medewerkers niet verplicht zijn mee te werken aan de uitvraag, wat is dan de waarde voor het voorkomen van de verspreiding van het virus op de werkvloer? Er is namelijk een grote kans dat de informatie incompleet is. En hoe kan de zorgwerkgever met gefragmenteerde informatie, er alsnog voor zorgen dat kwetsbare cliënten niet in nauw contact komen met ongevaccineerde medewerkers? Kortom, welke effect mag worden

verwacht van een dergelijk vrijblijvend voorstel? Ook zien de leden van deze fractie niet waarom een wetswijziging nodig is, zolang het de werknemer vrij staat om al dan niet te antwoorden. Graag krijgen zij een reactie hierop.

Antwoord:

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrief van 12 november jl., is het wetsvoorstel over de verbreding van de inzet van het CTB naar werknemers en bezoekers in voorbereiding. Wij streven ernaar dit wetsvoorstel volgende week (week van 22 november) naar de Tweede Kamer te sturen. Ik verwacht dat dit wetsvoorstel, indien het spoedig wordt behandeld in beide Kamers en wordt aangenomen, begin december in werking kan treden. Met dit wetsvoorstel wordt niet geregeld dat een werkgever kan vragen naar de vaccinatiestatus van een werknemer, maar dat een werkgever een werknemer kan vragen om het tonen van een Coronatoegangsbewijs via de CoronaCheck app. Op die manier blijft onbekend of een medewerker gevaccineerd, getest of hersteld is.

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrief van 12 november jl., wordt beoogd om met dit wetsvoorstel te regelen dat een CTB-plicht opgelegd kan worden aan werknemers. Hierbij geldt wederom dat via een ministeriële regeling nader wordt bepaald voor welke sectoren deze CTB gaat gelden en onder welke voorwaarden. Ook hierbij is differentiatie naar gebieden en werklocaties mogelijk.

De inhoud van de ministeriële regelingen wordt nader bepaald door actuele OMT-adviezen, alsmede een sociaal-maatschappelijke economische reflectie

Vraag 2:

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie waarom er geen richtlijn is om alle in ziekenhuizen of instellingen op te nemen patiënten te testen of te bevragen over de vaccinatiestatus, wordt verwezen naar de 'leidraad infectiepreventie maatregelen bij covid-19 patiënten'. Deze leidraad is echter gericht op (op te nemen) patiënten met symptomen die duiden op een verdenking van Covid-19. Hiermee is de vraag van deze leden niet beantwoord. De vraag is waarom, mede gezien de toenemende besmettingsaantallen, niet alle op te nemen patiënten – ongeacht symptomen – worden gescreend. Ziekenhuizen en zorginstelling vormen een concentratie van kwetsbare mensen. Ziet u het belang van extra maatregelen, zoals het tonen van een CTB, om besmetting van kwetsbaren door zorgverleners, medepatiënten en bezoekers zoveel mogelijk tegen te gaan en welke maatregelen bent u bereid te nemen?

Antwoord:

Het is aan de ziekenhuizen en zorginstellingen zelf om hier invulling aan te geven. In de genoemde professionele richtlijn hebben betrokken beroepsgroepen vastgelegd hoe zij omgaan met de screening van op te nemen patiënten. Dat is een professionele richtlijn, gebaseerd op alle relevante literatuur. In de praktijk wordt bij opname vrijwel altijd gevraagd naar de vaccinatiestatus van patiënten en op basis van deze informatie kunnen ook eventueel passende maatregelen genomen worden om een veilige werk- en zorgomgeving te garanderen. Om werkgevers, waaronder mogelijk ziekenhuizen, meer mogelijkheden te geven werk ik aan een wetsvoorstel voor verbreding van de inzet van het coronatoegangsbewijs naar werknemers en bezoekers. Met dit wetsvoorstel worden de tijdelijke bepalingen in hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid (Wpg) met de inzet van coronatoegangsbewijzen uitgebreid ten aanzien van

personen die beroeps- of bedrijfsmatig werkzaamheden verrichten en bezoekers. Voor een toelichting op dit wetsvoorstel verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 1 van uw fractie. Hierbij benadruk ik dat via een ministeriële regeling nader wordt bepaald voor welke sectoren een bevoegdheid voor de inzet van het CTB gaat gelden en onder welke voorwaarden.

Vragen van de CDA-fractieleden

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de informatie inzake de maatregelen ter bestrijding van de corona-uitbraak, waaronder de brief van 12 oktober 2021 inzake de besluiten op basis van het 127e OMT-advies en de brief van 25 oktober 2021. Mede gezien de huidige ontwikkelingen, zoals de stagnatie van de vaccinatiegraad, de groei van het aantal mensen dat positief op corona is getest en de groei van het aantal opnames in ziekenhuizen en op de ic, hebben de leden van de CDA-fractie nog enkele vragen.

Vraag 1:

De leden van de CDA-fractie constateren dat het kabinet meer versoepelingen heeft doorgevoerd dan het OMT geadviseerd heeft. Allereerst is het meest risicovolle scenario gekozen en daarbij mogen discotheken open blijven tot 24.00 uur; ook is het advies inzake het thuiswerken versoepeld en is er geen expliciet en dringend advies meer gegeven inzake het houden van de 1.5 meter afstand (ondanks een duidelijk advies van de gedragsunit van het RIVM). De vraag van de leden van de CDA-fractie is wat de overwegingen van het kabinet zijn geweest om op royale wijze versoepelingen door te voeren, temeer daar eerdere ervaringen met versoepeling van maatregelen (begin van deze zomer) negatief hebben uitgedaakt en sommige versoepelingen weer herroepen moesten worden. Ook geldt dat versoepelingen makkelijker door de samenleving worden geaccepteerd dan het opnieuw inzetten van beperkende maatregelen. De leden van deze fractie willen daaraan ook de volgende vraag koppelen: nu versoepeling wederom negatief heeft uitgewerkt, welke impact heeft dit voor toekomstige besluitvorming?

Antwoord

Op 14 september heeft het kabinet, vanwege het epidemiologisch beeld, hoge vaccinatiegraad en een OMT advies, besloten om verder te versoepelen. Per 25 september is de veilige afstandsnorm losgelaten en zijn de coronatoegangsbewijzen breder toegepast; de epidemiologische situatie liet daar op dat moment ook ruimte voor. Het 7-daags gemiddelde ziekenhuisopnames en IC-opnames zat op 14 september met 50,7 en 10,7 aan de onderkant van niveau "zorgelijk" en er was sprake van een dalende trend, dat hebben we de weken daarna ook gezien. Vanaf 28 september zaten we in niveau "waakzaam" (ziekenhuis: 35,1 en IC: 8,9) en op 5 oktober waren de cijfers het laagst met 34,4 ziekenhuisopnames en 6,1 IC-opnames, dus ruim onder de signaalwaarden voor waakzaam van 40 (ziekenhuisopnames) en 10 (IC-opnames). Met deze daling van de leidende signaalwaarden in de Aanpak Najaar hebben we verantwoord stappen gezet om te versoepelen gecombineerd met de brede inzet van CTB. Het kabinet heeft ook vanwege de proportionaliteit besloten te versoepelen. Op grond van de Tijdelijke wet maatregelen is immers bepaald dat maatregelen alleen mogelijk zijn als dit gelet op de ernst van de bedreiging van de volksgezondheid noodzakelijk is; in overeenstemming is met de uitgangspunten van de democratische

rechtsstaat; en gelet op het de bescherming van de volksgezondheid de uitoefening van grondrechten zo min mogelijk beperkt en aan dat doel evenredig is.

Het OMT heeft op 13 september (126e advies) drie scenario's voor het najaar onderscheiden:

1. Vasthouden aan de veilige 1,5 m-afstandsnorm en beperkte inzet coronatoegangsbewijzen: de facto de status quo continueren;
2. Vasthouden aan de veilige 1,5 m-afstandsnorm én brede inzet van coronatoegangsbewijzen gecombineerd met enkele versoepelingen;
3. Opheffen van de veilige 1,5 m-afstandsnorm én brede inzet van coronatoegangsbewijzen gecombineerd met versoepelingen die volgen uit het opgeven van de veilige afstandsnorm van 1,5m.

Het OMT heeft daarbij een voorkeur uitgesproken voor het derde scenario waarbij de 1,5 meter-afstandsnorm als verplichte maatregel wordt opgeheven, maar als advies blijft, en waarbij een brede inzet is van het CTB in risicovolle settings waarbij personen dicht op elkaar, d.i. vrijwel binnen elkaars 'ademcirkel' verblijven. Het kabinet heeft er toen voor gekozen de versoepelingen stapsgewijs door te voeren. Daarbij is – overeenkomstig het voorkeursscenario van het OMT – de 1,5 meter-afstandsnorm opgeheven als verplichte maatregel, en is deze opheffing ervan gecombineerd met een brede inzet van het CTB. Dat is gebeurd in de wetenschap dat er in het najaar en winter sprake zou zijn van oplevingen. Daar waren we op voorbereid; we hebben de (juridische) instrumentenkoffer (de Tijdelijke wet maatregelen) gereed, zoals ook met uw Kamer gedeeld in de Aanpak Najaar op 14 september. We hebben bij het zetten van die stap toen ook meteen gezegd dat de epidemie nog niet voorbij is en we hielden ook toen al rekening met een opleving. De toename van de besmettingen en vervolgens de ziekenhuis- en IC-opnames is sneller gegaan en naar een hoger niveau dan wat werd verwacht. Daarom hebben we nu aanvullende maatregelen moeten treffen. Het kabinet trekt continu lering uit de ontwikkelingen van de epidemie. Doordat het karakter van de epidemie echter continu verandert, blijft het complex om in te schatten wanneer het proportioneel is om nieuwe maatregelen te treffen. Bij toekomstige besluitvorming zullen de ervaringen die zijn opgedaan bij eerdere momenten worden meegenomen en gewogen worden om tot een maatregelenpakket te komen dat goed aansluit bij de situatie van de epidemie op dat moment.

Vraag 2:

Zoals bekend groeit het aantal coronapatiënten in de ziekenhuizen en op de ic snel en wordt in rap tempo de reguliere zorg afgeschaald. Het water staat vele ziekenhuizen al weer aan de lippen. Het aantal ic-bedden kan zeker worden vergroot, maar het struikelblok is het beperkte aantal ic- verpleegkundigen. De signalen die naar buiten komen zijn: hoog verzuim, vermoeidheid en vele malen minder veerkracht om wéér extra inspanningen te leveren. Niet omdat de verpleegkundigen het niet willen, maar omdat de uitputtingsslag van de vorige coronagolf nog niet verwerkt is. De uitstroom is groot en de tevredenheid over het werk is dalend, aangezien ic-verpleegkundigen voor een veel breder terrein zijn opgeleid dan het meer eentonige werk van het verzorgen van coronapatiënten.

Wat is de visie en wat zijn de plannen van het kabinet om in de komende maanden in samenspraak met de ziekenhuizen toch de vierde coronagolf, de inhaalzorg en de reguliere zorg op te vangen, gezien de geschetste ontwikkelingen in de ziekenhuizen en bij het verpleegkundig personeel?

Antwoord:

Het geactualiseerde Opschalingsplan van het LNAZ van 1 november 2021 is gericht op het voorbereiden van de gehele acute zorgketen op een nieuwe opleving van de COVID-pandemie dit najaar. Het plan beschrijft welke besluiten en maatregelen in welke fase van de pandemie genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. Daarnaast wordt het belang van solidariteit en samenwerking in de hele zorgketen benadrukt door zowel het LNAZ als door de toezichthouders, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Zo wordt het gesprek over de instroom (patiënten langer thuishouden met zuurstofondersteuning en monitoring) en uitstroom (patiënten sneller naar VVT-sector of thuis) nadrukkelijker gevoerd met de toezichthouders en de regio's. Door de huidige stijging van het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen is het helaas weer noodzakelijk om een deel van de reguliere zorg verder af te schalen. De nieuwe afgekondigde maatregelen moeten de sterke stijging van het aantal COVID-19 patiënten in ziekenhuizen afremmen en voorkomen dat de reguliere zorg nog verder moet worden afgeschaald. Daarnaast is het 'Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie' nog steeds van kracht en blijft waardevol voor afwegingen die artsen en ziekenhuizen moeten maken rondom het afschalen en opschalen van zorg. In overleg met veldpartijen en de NZa is wel besloten dat er een aanvulling gericht op de kritiek planbare zorg waarvoor ook IC-capaciteit nodig is in het behandeltraject (zoals bepaalde hartoperaties) nodig is. Deze aanvulling op het tijdelijk beleidskader wordt op korte termijn aan de Tweede Kamer verzonden.

Vraag 3:

De effectiviteit van het coronatoegangsbewijs staat of valt met adequate handhaving. Wat is de mening van het kabinet over de inzet van de handhaving door de gemeenten? Zo leert een peiling van I&O Research dat 1 op de 3 horecagelegenheden niet controleren. Daarbij is de handhaving door de gemeentelijke instanties beperkt. Zo meldde de burgemeester van Amsterdam bijvoorbeeld pas afgelopen week dat er gezien de groei van het aantal coronabesmettingen nu toch maar écht toezicht en handhaving wordt ingezet. Ook komt naar voren dat boetes bijna niet worden gegeven. Is het kabinet het met de leden van de CDA-fractie eens dat adequate handhaving van groot belang is voor de effectiviteit van het coronatoegangsbewijs? Zo ja, welke maatregelen worden genomen om de handhaving te versterken?

Antwoord:

Het kabinet vindt dat adequate handhaving van groot belang is voor de effectiviteit van het coronatoegangsbewijs. De minister van Justitie en Veiligheid heeft gesproken met het Veiligheidsberaad over risicogerichte handhaving en het ingrijpen op plekken waar naleving achterblijft. Daarnaast heeft de minister de oproep gedaan aan burgemeesters om met hun lokale horeca en sportverenigingen het gesprek aan te gaan hoe de naleving bevorderd kan worden. Verder zijn we vanuit het kabinet met de verschillende

brancheverenigingen in gesprek over de naleving. Met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) wordt bovendien gewerkt aan het uitwisselen van best practices tussen gemeenten onderling.

Vraag 4:

Uit de gegevens over de vaccinatiegraad komt naar voren dat de vaccinatiegraad onder jongeren sterk achterblijft, hetgeen een negatief effect heeft op de zo noodzakelijke hoge vaccinatiegraad. Uit informatie blijkt dat er, met doelgroepgerichte aanpak, veel gedaan wordt om niet-gevaccineerden over te halen zich toch te laten vaccineren. Diverse goede voorbeelden zijn gegeven met dank aan GGD, huisartsen en sleutelpersonen in diverse gremia. In hoeverre worden ook scholen en doelgroepgerichte sociale media voor deze groep jongeren ingezet? Welke aanpak is daarbij het meest effectief?

Antwoord:

GGD-regio's werken samen met scholen voor middelbaar onderwijs en het MBO. De GGD geeft voorlichting en informatie op scholen en locaties. Zij gaan ook in op vragen en geven zo nodig aan waar prikbusen in de buurt staan. Leerlingen en jongeren kunnen zich daar laagdrempelig (zonder afspraak en het liefst in overleg met ouders) laten vaccineren.

In de voorlichting vanuit de Rijksoverheid over de coronavaccinatie aan jongeren, zetten we in op thema's en vragen die onder jongeren leven. Onder andere met video's over bijwerkingen, vruchtbaarheid, uitleg hoe een mRNA-vaccin werkt en wat we kunnen leren van andere vaccins. Deze video's hebben we ingezet als online advertentie en zijn in een 'toolkit' beschikbaar gesteld aan onderwijsinstellingen via de koepels van mbo, hogescholen en universiteiten. Via BVJong zijn de video's gedeeld onder jongerenwerkers. Voor het voortgezet onderwijs is het Nederlands Instituut voor Biologie (NIBI) gevraagd om een lesmodule te ontwikkelen om scholieren in alle niveaus van het voortgezet onderwijs wegwijs te maken in het vaccineren tegen corona. De lesmodule is gratis beschikbaar op www.lerenovervaccineren.nl en bestaat o.a. uit een animatievideo, een rollenspel en een verwerkingsopdracht.

De campagne 'Prikken zonder Afspraak' richt zich vooral op de jongere doelgroep in de wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft. Daarnaast heeft er in de maand oktober een campagne gelopen gericht op 17 tot 30-jarigen die zich nog niet hebben laten vaccineren.

De campagne bestond uit drie video's waarin antwoord wordt gegeven op belangrijke vragen die vaak leven onder jongeren:

- Waarom zou je je laten vaccineren als je jong en gezond bent?
- Hoe zit het met bijwerkingen?
- Hebben de vaccins invloed op zwangerschap en vruchtbaarheid?

De vragen worden beantwoord door GGD-arts Ashis Brahma. Zijn verhaal staat centraal. Om de informatieve inhoud voor deze groep in een aantrekkelijke vorm in beeld te brengen, staan de video's in het teken van het 'up-spicen' van de expert. De arts wordt geplaatst in onverwachte omgevingen waarin van alles om hem heen gebeurt, terwijl hij doorgaat met het beantwoorden van de gestelde vragen. De gebeurtenissen in de video's sluiten aan bij dingen die in de belevingswereld van jongeren spelen (actiefilms, muziekproductie/rap, trickshots).

De campagne liep op YouTube waar de video's gezamenlijk ruim 500.000 keer zijn bekeken, via social media en tijdens de herfstvakantie in bioscopen. De filmpjes zullen ook de komende tijd nog gebruikt worden in de communicatie richting jongeren.

Vraag 5:

In de brief van het RIVM van 11 oktober jl. aan het ministerie van VWS wordt tweemaal gemeld dat er behoefte is aan meer data, in feite een betere toegang tot beschikbare data. Zo geeft het RIVM op pagina 6 aan dat het monitoren van de vaccineffectiviteit in Nederland wordt belemmerd omdat het OMT/RIVM geen volledig overzicht heeft. Het landelijke vaccinatieregister CIMS bevat namelijk niet de vaccinatiestatus van alle gevaccineerde personen (vanwege informed consent) en zorgverleners mogen niet het BSN-nummer aan het RIVM verstrekken voor deze en andere wettelijke taken, waardoor (mede) verschillende relevante databestanden niet eenvoudig gekoppeld kunnen worden door het RIVM. Het OMT constateert dat dit het vroegtijdig signaleren van veranderingen in de vaccineffectiviteit belemmert. Op pagina 8 van de brief merkt het RIVM nogmaals op dat zij geen toegang heeft tot de benodigde data die informatie geeft over het aantal herinfecties met corona, dat leidt tot ziekenhuisopname of mortaliteit. De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd naar de reflectie op en de beantwoording van de diverse vragen.

Antwoord:

Er is bij het RIVM ook geanonimiseerde vaccinatiedata beschikbaar. Hierin zijn de vaccinaties van mensen die geen informed consent gaven ook meegenomen. Deze gegevens worden meegenomen voor het bepalen van zowel de vaccinatiegraad als de vaccin-effectiviteit. Omdat een deel van de anonieme gegevens echter minder informatie bevatten over bijvoorbeeld leeftijd, is de bepaling van de vaccin-effectiviteit en vaccinatiegraad minder precies dan mogelijk zou zijn wanneer het RIVM volledig zicht zou hebben op alle gevaccineerden. Omdat de mogelijkheden van het RIVM beperkt zijn om datasets te koppelen, kunnen niet alle analyses uitgevoerd worden die relevant zouden zijn. Door optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden en data die er wel zijn, komt er wel voldoende beleidsinformatie beschikbaar.

Vragen van de D66-fractieleden

Vraag 1:

In de brief van 25 oktober jl. wordt in reactie op de eerdere vragen van de D66-fractie toegelicht hoe de huisarts zijn rol uitoefent met betrekking tot het verhogen van de vaccinatiegraad. In verband met de uitvoering van de vaccinatiestrategie vernemen de leden van de D66-fractie graag wat de verdere mogelijkheden zijn om de rol van huisartsen te vergroten, teneinde meer patiënten uit de huisartsenpraktijk gevaccineerd te krijgen. Kunt u aangeven hoe in uw visie de rol van de huisarts verder versterkt kan worden, los van de in de brief van 25 oktober aangegeven methoden, gezien de vertrouwensband die de huisarts met zijn (ongevaccineerde) patiënten heeft? Welke mogelijkheden ziet u, samen met de huisartsen? Hoe zou het kabinet de huisartsen hierin tegemoet kunnen komen?

Antwoord:

De huisartsen zullen hun patiënten informeren en voorlichting geven over de COVID-19-vaccinatie als zij hier vragen over hebben. De huisartsen hebben aangegeven verder geen actieve rol in het daadwerkelijk verstrekken van vaccinaties te willen. De druk op de huisartsenzorg is groot en de praktijken kampen met capaciteitsproblemen.

Vraag 2:

Het RIVM kan vanuit de bestaande vaccinatiegegevens inzichtelijk maken welke patiënten in een huisartsenpraktijk ongevaccineerd zijn tegen Covid-19. Deze patiënten lopen een verhoogd risico op ziekte en sterfte. Deelt u de mening van deze leden dat er een rol ligt bij de huisartsen om patiënten te informeren dat zij een verhoogd risico lopen op ziekte en sterfte en dat de huisartsen de mogelijkheden moeten hebben om dit te voorkomen (preventie)? Bent u het, gelet op het bovenstaande, met de leden van de D66-fractie eens dat de overheid, en in dit geval het RIVM, de huisartsen zou moeten faciliteren in die rol, dat wil zeggen de huisartsen middels betrokkenheid bij de Covid-19-vaccinaties uitvoering te laten geven aan de preventieve taken die de huisarts heeft?

Zo ja, hoe wil het kabinet dit vormgeven? Als u het hier niet mee eens bent, wat zijn dan de argumenten daarvoor?

Antwoord:

Zie bovenstaand antwoord.

Vraag 3:

Wat zijn de wettelijke mogelijkheden en waar liggen precies de juridische onmogelijkheden voor het delen van gegevens met de huisartsen door het RIVM over ongevaccineerde patiënten in de eigen praktijk? Is het mogelijk om bijvoorbeeld huisnummers en postcodes, die niet in de vaccinatiedatabase van het RIVM voorkomen, te delen met de huisarts, zodat de huisarts dat kan betrekken in zijn keuzes om patiënten uit zijn praktijk actief voor preventieve interventie te benaderen?

Antwoord:

Iemands vaccinatiestatus is een medisch persoonsgegeven. Dit zijn bijzondere persoonsgegevens onder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en mogen niet verwerkt worden zonder gebruik te maken van een wettelijke uitzonderingsgrond. Mensen kunnen na hun vaccinatie toestemming geven aan de zorgaanbieder voor het doorbreken van zijn beroepsgeheim om zo zijn of haar vaccinatiegegevens aan het RIVM te verstrekken (het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringssysteem, CIMS) ten behoeve van bepaalde doelen. In het geval dat er geen toestemming wordt verleend om gegevens te delen, wordt er alleen procesinformatie gedeeld, hetgeen niet tot de persoon te herleiden is. In CIMS staan alleen mensen die zijn gevaccineerd én toestemming hebben gegeven of waarvan geen vaccinatiegegevens bekend zijn (niet-gevaccineerd of geen toestemming gegeven). Wel is te herleiden hoeveel mensen niet gevaccineerd zijn op basis van de procesinformatie, maar daarmee is niet te zien om wie het gaat. Het RIVM heeft geen grondslag om gegevens vanuit het CIMS aan huisartsen te verstrekken, huisartsen hebben ook geen toegang tot het CIMS. Dat iemand niet in het CIMS voorkomt hoeft dus niet te betekenen dat iemand niet is gevaccineerd, het kan ook betekenen dat men wel is gevaccineerd maar geen

toestemming heeft gegeven voor het doorgeven van zijn of haar vaccinatiegegevens. Het is dus niet alleen wettelijk niet toegestaan, maar in praktische zin ook niet zinvol om te kijken naar huisnummers en postcodes die niet voorkomen in het CIMS omdat niet duidelijk is of dat (on)gevaccineerden betreft.

Vraag 4:

Is het mogelijk om de huisartsen gericht toegang te geven tot de gegevens van het RIVM, zodat ze voor de eigen patiënten kunnen nagaan of er gevaccineerd is of niet? Als dit niet mogelijk is, bent u dan bereid om dit via wetgeving mogelijk te maken, teneinde de huisartsen de gelegenheid te geven hun ongevaccineerde patiënten te identificeren en actief te benaderen, om zo ziekte en sterfte door Covid-19 te voorkomen?

Antwoord:

Zoals in voorgaande antwoord is aangegeven, hebben huisartsen geen toegang tot het CIMS om hun patiënten op te zoeken. Het CIMS is geen bronregister maar een register voor specifieke doeleinden, die vastliggen in regelgeving. De betrokkene heeft toestemming gegeven aan de zorgaanbieder om zijn beroepsgeheim te doorbreken voor bepaalde doeleinden. Deze zijn naar de betrokkene duidelijk gecommuniceerd. Het wijzigen van deze werkwijze zou betekenen dat de toestemming van de gevaccineerde herzien zou moeten worden. Bij de start van het vaccinatieprogramma is niet gekozen voor een wettelijke verplichting voor de arts om de vaccinatiegegevens door te geven.

Vraag 5:

In de uitvoering van de coronatoegangsbewijzen (CTB) bestaat nu geen mogelijkheid om 2G-beleid, d.w.z. of genezen of gevaccineerd, te gebruiken, waarbij een negatief testbewijs niet volstaat. Ondanks het gebruik van het CTB is er een stijging van het aantal besmette personen. Wanneer is het kabinet bereid om, in navolging van andere landen, 2G-CTB in Nederland in te voeren? Welke signaalwaarden en welke type gegevens worden hiervoor gehanteerd?

Antwoord

Gezien de ontwikkeling van de epidemie is het kabinet voornemens om de inzet van een 2G CTB, op korte termijn mogelijk te maken. Het wetsvoorstel wat dit beoogt mogelijk te maken wordt op korte termijn richting uw Kamer gestuurd. Het doel van het 2G-CTB is om – in plaats van sectoren te sluiten -, de snelheid van de verspreiding van het virus af te remmen, de overbelasting van de zorg tegen te gaan en om kwetsbare mensen in de samenleving te beschermen.

Vraag 6:

De signaalwaarden voor onder andere ziekenhuis- en ic-opnames worden gebruikt om maatregelen in te stellen of juist af te schalen. Is het aantal ic-bedden dat in Nederland beschikbaar is daarmee een reden om de signaalwaarden aan te passen? Bij een afname van het aantal beschikbare ic- bedden is het voorstelbaar dat het aantal ic-opnames als signaalwaarde daarop wordt aangepast. Als het antwoord op deze vraag 'ja' is, dan krijgen deze leden graag een indicatie van de aanpassingen; als het antwoord 'nee' is, dan krijgen zij graag een toelichting op basis van gegronde argumenten.

Antwoord:

Met de Aanpak Najaar, waarover de Kamer 14 september en 12 oktober jl. is geïnformeerd, is een nieuwe landelijke inschalingsystematiek gepresenteerd. Daarbij geldt dat door middel van een risiconiveau uitdrukking wordt gegeven aan de druk op de zorg door patiënten met COVID-19. Welk risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig) hiervoor geldt, hangt af van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames of het aantal IC-opnames.

In de brief naar de Kamer van 14 september wordt een uitgebreide toelichting gegeven op deze indicatoren en signaalwaarden. Zoals genoemd, zijn de twee leidende indicatoren in de aanpak "ziekenhuisopnames" en "IC-opnames". Het 7-daags gemiddelde van het aantal IC-opnames is gebaseerd op de belastbaarheid van de IC-capaciteit. Het 7-daags gemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames is hier een afgeleide van. Bij het vaststellen van de waarden voor deze indicatoren, is gekeken naar de belastbaarheid van de ziekenhuiszorg. We zien momenteel ook een groeiende druk op de IC-zorg. Dit is een signaal om maatregelen te nemen. Het kabinet heeft 12 november jl. maatregelen genomen om de oplopende druk op de zorg af te remmen en de bezetting van de bedden door COVID-19-patiënten naar beneden te brengen.

De ROAZ-voorzitters hebben vastgesteld dat voor een piekperiode maximaal 1350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn (bestaande uit IC-bedden voor acute zorg, BOSS-bedden, bedden voor electieve zorg, grieppatiënten en COVID-19-patiënten). Als de vastgestelde signaalwaarden van het aantal ziekenhuis- of IC-opnames worden bereikt of overschreden, geeft dat aan dat – indien deze overschrijding te lang doorzet – de druk op de zorg te hoog wordt en een doorgaande stijging niet meer kan worden opgevangen zonder consequenties voor andere zorg. Het gevolg is dan dat de reguliere zorg moet worden afgeschaald. De reële beddenscapaciteit schommelt dagelijks afhankelijk van OK-planning, beschikbaarheid van personeel etc. We blijven in gesprek met alle betrokken partijen. Indien blijkt dat het aantal beschikbare IC-bedden wijzigt, kan dit aanleiding zijn om de signaalwaarden aan te passen.

Vraag 7:

In de brief geeft u bij herhaling aan dat er voor wat betreft de maatregelen ter bestrijding van de verspreiding van het virus SARS-CoV-2 gestuurd wordt op de ziekenhuisopnames en ic-opnames. Het recente KPMG-rapport van 14 oktober jl. geeft aan dat sturen op besmettingen een effectievere manier is om de pandemie te bestrijden (argument 1). Ook vele andere landen hebben de besmettingsaantallen als kompas gebruikt en niet de ziekenhuis- en ic-opnames (argument 2). De recente en nog doorgaande stijging van het aantal besmettingen heeft opnieuw laten zien dat de stijging van ziekenhuis- en ic-opnames enkele weken later optreedt, nadat de besmettingen zijn gaan stijgen. Maatregelen om de stijging in het aantal besmettingen tegen te gaan, zijn dan moeilijker effectief te krijgen, omdat er dan veel virus circuleert (argument 3). Hoe apprecieert u deze drie argumenten en is het kabinet van zins om de besmettingscijfers als leidraad voor het uitvoeren van maatregelen te gebruiken?

Antwoord

In de Aanpak Najaar waarover de Kamer op 14 september en 12 oktober jl. is geïnformeerd, is aangegeven dat het kabinet kijkt naar het 7-daags gemiddelde van ziekenhuis- en IC-opnames als primaire indicator als het gaat om het al dan

niet nemen van maatregelen. Op basis van deze indicatoren, wordt Nederland ingedeeld in risiconiveau "waakzaam", "zorgelijk" of "ernstig". Bij deze aanpak is ook aangegeven dat bij de bestuurlijke afweging om te komen tot maatregelen ook gekeken wordt naar contextfactoren. Het aantal besmettingen is een van die contextfactoren. Tegelijkertijd geeft het RIVM aan dat het lastig is om drempelwaardes te bepalen voor het aantal besmettingen, bijvoorbeeld vanwege de toenemende vaccinatiegraad. Bij de bestuurlijke afweging speelt het aantal besmettingen wel degelijk een rol, immers: alle interventies die we nu treffen zijn erop gericht het aantal besmettingen naar beneden te krijgen en daarmee het aantal ziekenhuisopnames af te doen nemen. Momenteel hebben we, ondanks de vaccinatiegraad, 88,3% eerste prik (18 jaar en ouder) en 84,7% volledig gevaccineerd (18 jaar en ouder) nog steeds een groep van 1,5 miljoen mensen die niet beschermd zijn tegen het virus. Het OMT geeft aan dat uiteindelijk iedereen die niet beschermd is, geïnfecteerd zal worden met het virus. Uit deze groep zal een percentage zodanige klachten ontwikkelen als gevolg van een besmetting met het virus, dat daarvoor ziekenhuis opname vereist is. Een klein gedeelte daarvan zal zelfs opgenomen moeten worden op de IC. Het OMT geeft in haar 129e advies aan dat dit ongeveer 3500 IC opnames betreft. Met het verhogen van de vaccinatiegraad kunnen we deze groep verkleinen. Het is zaak, willen we de zorg behoeden tegen overbelasting, dat het cohort aan opnames uitgesmeerd wordt over de tijd.

Vraag 8:

In de uitvoering van het coronabeleid staat een laagdrempelig testbeleid centraal. Er zijn berichten over een afname van de testbereidheid bij zowel gevaccineerden als ongevaccineerden. Graag krijgen de leden van de D66-fractie daarover gegevens en inzicht. Hoe interpreteert u de afgenomen testbereidheid en welke invloed heeft dit op de inschatting van de situatie van de pandemie? Hoe verwerkt het kabinet deze inzichten in het te maken beleid en de uitvoering?

Antwoord:

De afgenomen testbereidheid betekent dat er minder zicht is op het virus. Daarom blijf ik iedereen oproepen om zich wel te blijven testen bij klachten of wanneer zij een risicovol contact hebben gehad met iemand die positief getest is op COVID-19. Daarnaast kan daarmee ook het bron- en contactonderzoek gestart worden waardoor meer mensen in isolatie gaan en minder mensen besmet worden. Er zijn echter ook andere indicatoren op basis waarvan de pandemie ingeschat kan worden, namelijk het aantal ziekenhuisopnames en IC-opnames. Vooral nog betekent de huidige dalende testbereidheid niet dat de situatie van de pandemie niet meer goed ingeschat kan worden.

Om de testbereidheid te verhogen, zijn we gestart met een landelijke campagne voor het opvolgen van de basisregels, waaronder testen bij klachten. Daarnaast zijn we samen met de GGD heel specifiek aan het werk om de testbereidheid én vaccinatiebereidheid te verhogen in die gebieden waar deze het laagst is. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 12 november jl. ben ik ingegaan op alle acties die in deze wijkgerichte aanpak worden ingezet. Daarbij kunt u denken aan het verhogen van de informatiegraad in wijken door zorgprofessionals in te zetten, pop-up testlocaties of mobiele test- en/of vaccineerunits, samenwerking met maatschappelijke partners en lokale sleutelfiguren, het uitdelen van mondkapjes en zelftesten aan sociale minima, en diverse communicatieacties om de mensen te bereiken.

Vragen van de leden van de Fractie-Nanninga

De leden van de Fractie-Nanninga hebben nog enkele vragen naar aanleiding van de brief van 1 oktober 2021 met een reactie op de aanvullende vragen van de commissies van 28 mei 2021. Naar het oordeel van de leden van de Fractie-Nanninga heeft de fractie van GroenLinks heldere en urgente vragen gesteld over het gevaar van function creep in de context van vaccinaties. De leden van de GroenLinks-fractie hebben er terecht op gewezen dat er onvoldoende antwoord is gegeven. De leden van de Fractie-Nanninga constateren dat het antwoord van de minister hierop wederom ontwijkend is. Dit baart de leden van deze fractie zorgen en brengt hen tot de volgende aanvullende vragen.

Vraag 1:

Bent u zich ervan bewust dat function creep niet per definitie voortkomt uit de aard en methode van de gegevensopslag, maar mogelijk ook uit de toepassing of inzet van die gegevens, die ook decentraal opgeslagen kunnen zijn om tot centraal gestuurd beleid te leiden?

Antwoord:

Ik ben mij er van bewust dat function creep mogelijk voort kan komen uit de toepassing of inzet van gegevens anders dan het beoogde doel. Zoals ook in mijn antwoord op de eerder gestelde vragen van de leden van de GroenLinks-fractie begin oktober, zijn de doelen van de centrale vaccinatieregistratie in CIMS daarentegen publiekelijk kenbaar gemaakt door het RIVM en betreft uitvoering van een publieke taak zoals genoemd in de Wet publieke gezondheid.

Vraag 2:

Is het kabinet op de hoogte van plannen om de toepassing van vaccinatieregistratie op te rekken buiten de huidige praktijk, of heeft het kabinet opdracht gegeven tot het maken van dergelijke plannen? Wordt onderzocht of het huidige vaccinatiebewijssysteme ingezet kan worden voor een ander doel dan de Wpg op dit moment toestaat?

Antwoord:

De registratie van COVID-19-vaccinaties gebeurt in de bronsystemen van de zorgverlener die de vaccinatie toedient, zoals de GGD, huisarts of zorginstelling. Het betreft medische gegevens. Alleen met toestemming van de gevaccineerde kunnen deze gegevens door de vaccinatiezetter gedeeld worden met het COVID Informatie- en Monitoring Systeem (CIMS) van het RIVM. Dit past binnen het juridisch kader van Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Het CIMS is een registratiesysteem voor het vaccineren ter uitvoering van de publieke taak van het RIVM, zoals genoemd in de Wet publieke gezondheid ten behoeve van onderzoek en evaluatie van het COVID-19-vaccinatieprogramma. Voor epidemiologische evaluatie en onderzoek kan data uit CIMS worden gebruikt en kan de data gecombineerd worden met andere data.

Hiernaast is het CIMS is ook een van de bronnen voor uitgifte van een vaccinatiebewijs; dat gebeurt alleen op aanvraag van de gevaccineerde. In welke gevallen een vaccinatiebewijs, als onderdeel van het coronatoegangsbewijs of Digitaal Corona Certificaat moet worden getoond, ligt vast in de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19.

Vraag 3:

De leden van de Fractie-Nanninga vragen of u een voorbeeld zou kunnen geven van toepassing van het vaccinatiebewijssysteem, anders dan de huidige toepassing van het systeem.

Antwoord:

Op dit moment is mij geen andere toepassing van het vaccinatiebewijssysteem bekend dan de huidige.

Vraag 4:

In de beantwoording wordt voortdurend gehamerd op privacy en de methode en controle van dataopslag van vaccinatiegegevens. Kunt u toezeggen dat het vaccinatiebewijssysteem nergens anders voor wordt gebruikt dan voor een van te voren duidelijk omschreven en proportioneel doel?

Antwoord:

De verwerking van persoonsgegevens gebeurt altijd binnen de kaders van de privacywet -en regelgeving. Dat betekent dat persoonsgegevens alleen worden verwerkt voor een vooraf bepaald gerechtvaardigd doel. Hiertoe worden onder meer DPIA's opgesteld voor een zorgvuldige afweging op grond van de AVG. Daarmee wordt tegemoet gekomen – en getoetst– aan doelbeschrijving en proportionaliteit zoals hiervoor beschreven.

Vragen van de PVV-fractieleden

De leden van de PVV-fractie hebben naar aanleiding van de brief van 12 oktober jl. over het 127e OMT-advies nog een viertal vragen.

Vraag 1:

Op pagina 3 van de brief staat: "De incidentie van ziekenhuisopname is veel hoger in de ongevaccineerde bevolking dan in de gevaccineerde bevolking. In september was deze incidentie in alle leeftijdsgroepen minimaal 10 maal zo hoog in de ongevaccineerde bevolking vergeleken met de volledig gevaccineerde bevolking. De eerder zeer hoge vaccineffectiviteit, gevonden tegen zowel ziekenhuisopname als IC-opname in Nederland, persisteert in de meest recente data (95% en 98%)." Kunt u een van concrete data voorziene cijfermatige onderbouwing geven van deze vaststellingen?

Antwoord:

De cijfermatige onderbouwing van deze vaststellingen is grotendeels beschikbaar in een recente rapportage van het RIVM¹. In dit rapport schrijft het RIVM dat van 1 tot 14 november 2021 er 1087 ziekenhuisopnames van ongevaccineerden waren, en 1001 opnames van gevaccineerden. Onderstaande tabel geeft aan wat de incidentie is. Dit geeft de verhouding weer tussen het totaal aantal gevaccineerden en het totaal aantal deels- en ongevaccineerden in de Nederlandse bevolking. Hieruit is af te lezen dat de incidentie bij deels- en ongevaccineerden 6,5-15 keer hoger is dan bij gevaccineerden afhankelijk van het leeftijdscohort.

¹ Effectiviteit van COVID-19 vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 11 juli – 14 november 2021) | RIVM

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 ongevaccineerd nog steeds 12,5 keer meer kans heeft op een ziekenhuisopname. Voor mensen boven de 70 jaar geldt dat zij ongeveer 7 keer minder kans hebben op ziekenhuisopname wanneer zij gevaccineerd zijn (corresponderend met een VE van 86%).

Maand	Leeftijdscohort	Niet- en deelsgevaccineerd Incidentie per 100.000 persoonsdagen	Volledig gevaccineerd Incidentie per 100.000 persoonsdagen
1-11-2021 t/m 14-11-2021	12-49	0,9	0,06
1-11-2021 t/m 14-11-2021	50-69	4,76	0,47
1-11-2021 t/m 14-11-2021	70+	14,77	2,27

Vraag 2:

Op dezelfde pagina staat: "Bijna alle infecties in Nederland worden momenteel veroorzaakt door de deltavariant." De leden van de PVV-fractie vernemen graag waarop dit concreet is gebaseerd en hoe deze verschillende varianten worden vastgesteld, geregistreerd en verwerkt.

Antwoord:

Het RIVM voert wekelijks kiemsurveillance uit, waarbij door middel van sequentieanalyse alle bouwstenen van het erfelijk materiaal van het virus in kaart worden gebracht. Op deze manier wordt inzichtelijk welke virussen van elkaar afstammen, of er een nieuwe variant van het virus is opgedoken en hoe de verschillende varianten zich verspreiden. Bij dit onderzoek werkt het RIVM samen met het Erasmus MC en andere laboratoria verspreid over het land.

Wekelijks leveren de laboratoria een willekeurige selectie van monsters aan voor onderzoek aan het RIVM. Dit soort analyses doet het RIVM al sinds het begin van de epidemie. Inmiddels betreft het 1000 monsters per week. Deze informatie wordt gebruikt in rekenmodellen van het RIVM om het verloop van de epidemie en de effecten van maatregelen te voorspellen. Tevens is deze informatie waardevol voor deskundigen over de hele wereld. Daarom worden de gegevens in een internationale database verzameld en gedeeld.

Sinds de zomer van 2021 is de deltavariant de dominante virusvariant in Nederland. Op dit moment komt uit de kiemsurveillance naar voren dat bijna alle infecties worden veroorzaakt door de deltavariant. Dit beeld wordt ook wereldwijd gezien.

Vraag 3:

Voorts stelt de minister in de brief: "Tevens heeft het OMT een update gemaakt van de orde van grootte-berekening welk deel van de bevolking gevaccineerd is of infectie heeft doorgemaakt en welk deel nog vatbaar is voor infectie. Hierin is ook rekening gehouden met de vaccineffectiviteit tegen infectie door de deltavariant." De leden van deze fractie vragen u aan te geven met welke formule(s) deze berekening tot stand komt en waarop de hierin gebruikte factoren/waarden concreet worden gebaseerd. Kunt u deze data overleggen?

Antwoord:

Deze berekening is gebaseerd op de combinatie van data over de vaccinatieopkomst, een schatting van het deel van de bevolking met doorgemaakte SARS-CoV-2-infectie en de schatting van de vaccin-effectiviteit tegen infectie en tegen ziekenhuisopname. De data over de vaccinatieopkomst is te vinden op de website van het RIVM. Het RIVM heeft daarnaast data gepresenteerd over doorgemaakte SARS-CoV-2-infecties en de vaccineffectiviteit op hun website.

Vraag 4:

In de brief staat op pagina 6: "Het OMT geeft aan dat de Nederlandse gegevens een verminderde effectiviteit van vaccinatie laten zien tegen infecties met de deltavariant t.o.v. van de alfavariant. Maar er is nog steeds een hoge vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname, zowel voor de delta- als de alfavariant." Kunt u aangeven hoe de effectiviteit van de vaccins ten aanzien van de verschillende varianten concreet wordt vastgesteld? Hoe wordt het onderscheid in varianten specifiek getoetst en verwerkt?

Antwoord:

Het RIVM berekent vaccin-effectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname volgens een methode die in een gepubliceerde rapportage wordt uitgelegd. De methode die het RIVM hiervoor gebruikt betreft een standaard-epidemiologische methode, waarbij de incidentie onder ongevaccineerden wordt vergeleken met de incidentie onder gevaccineerden en waarbij gecorrigeerd wordt voor versturende variabelen. Voor algemene informatie over deze methode verwijs ik graag door naar een publicatie op dit gebied². Tot slot wordt het onderscheid tussen varianten wordt gemaakt door tijdsperiodes met elkaar te vergelijken: tot en met mei 2021 wordt gemarkeerd als de alfaperiode en juli 2021 tot en met heden wordt gemarkeerd als de deltaperiode. De gegevens van de maand juni wordt niet meegenomen in de specifieke analyse voor de varianten omdat ik deze maand zowel de alfa- als de deltavariant circuleerden.

Ook over de als bijlage bij de brief van 12 oktober jl. bijgevoegde brief van het RIVM van 11 oktober 2021 met het advies naar aanleiding van het 127e OMT hebben de leden van de PVV-fractie nog drie vragen.

² Vaccination programmes: Epidemiology, Monitoring and Evaluation: Vaccination Programmes: Epidemiology, Monitoring, Evaluation - 1st Edi (routledge.com).

Vraag 5:

In deze brief stelt het RIVM op pagina 4: "Het transmissie-model, dat gekalibreerd wordt op het aantal waargenomen IC-opnames per dag vanaf het begin van de uitbraak tot nu toe, en waarin onder andere een seizoensinvloed, virusvarianten, de beschikbare informatie over vaccinaties (CIMS, GGD'en), de effectiviteit van vaccins, en de geschatte opbouw van immuniteit door doorgemaakte infectie worden meegenomen, laat voor de komende weken eveneens een lichte toename van het aantal nieuwe IC- en ziekenhuisopnames zien bij het handhaven van het huidige pakket aan maatregelen." Kan worden aangegeven hoe en met welke graadmeters de verschillende factoren worden meegerekend in het transmissiemodel? Op welke wijze worden deze factoren aangewezen en met welke maatstaven? Er wordt gesproken over "onder andere": welke factoren worden in dit model nog meer meegenomen?

Antwoord:

De toelichting op de door het OMT gebruikte modellering wordt door de heer van Dissel in zijn presentatie tijdens de technische briefing gegeven. Deze presentaties zijn allemaal vindbaar op de website van de Tweede Kamer. Een volledige beschrijving van het transmissiemodel is te vinden op de RIVM website³, deze informatie wordt op basis van actuele informatie steeds bijgewerkt. Het is dan ook een 'levend' document.

Vraag 6:

Voorts staat er op dezelfde pagina van de brief: "Er is een update gemaakt van de orde van grootte-berekening welk deel van de bevolking gevaccineerd is of infectie heeft doorgemaakt (circa 80%) en welk deel nog vatbaar is voor infectie (31%; omdat na aftrek van gevaccineerde personen die na blootstelling aan deltavirus toch ziek worden, 69% beschermd is tegen infectie, en 78% tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname)." Kunt u aangeven waarom hier een orde van grootte- berekening wordt gemaakt, terwijl het aantal vaccinaties en besmettingen specifiek wordt bijgehouden en bekendgemaakt? Hoe verhoudt het genoemde percentage van circa 80% zich tot de cijfers van de vaccinatiegraad, welke hoger ligt?

Antwoord:

Er wordt een orde van grootte berekening gemaakt omdat niet alle besmettingen zijn geregistreerd, niet iedereen die de ziekte doorgemaakt heeft is immers getest. Verder kan niet worden bijgehouden hoeveel van de gevaccineerden al eerder een infectie hebben doorgemaakt omdat niet iedereen wordt getest. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van een orde van grootte berekening omdat de bescherming tegen besmetting van vaccins of van een eerdere besmetting geen 100% is. De vaccinatiegraad van 80% heeft betrekking op de hele bevolking. De vaccinatiegraad onder personen boven de 12 jaar is inderdaad hoger.

Vraag 7:

Tot slot staat op pagina 6: "Terzijde, maar het monitoren van de vaccineffectiviteit in Nederland wordt belemmerd omdat het OMT/RIVM geen volledig overzicht heeft aangezien het landelijke vaccinatieregister CIMS niet de vaccinatiestatus van alle gevaccineerde personen bevat (vanwege informed consent), en zorgverleners niet

³ <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/hoe-berekeningen-bijdragen-aan-bestrijding-van-virus/rekenmodellen>

het BSN-nummer aan het RIVM mogen verstrekken voor deze en andere wettelijke taken, waardoor (mede) verschillende relevante databestanden niet eenvoudig gekoppeld kunnen worden door het RIVM. Het OMT constateert dat dit het vroegtijdig signaleren van veranderingen in de vaccineffectiviteit belemmert.” De leden van de PVV-fractie vernemen graag wat deze ‘belemmering’ betekent voor de cijfers over de vaccinatiegraad, waar het kabinet mede het beleid en de maatregelen op baseert. Zij vragen tevens aan te geven wat deze belemmering betekent voor de houdbaarheid van de uitspraken van het kabinet over de vaccinatiestatus ten aanzien van de druk op de zorg.

Antwoord:

Er is bij het RIVM ook geanonimiseerde vaccinatiedata beschikbaar. Hierin zijn de vaccinaties van mensen die geen informed consent gaven ook meegenomen. Deze gegevens worden meegenomen voor het bepalen van zowel de vaccinatiegraad als de vaccin-effectiviteit. Omdat een deel van de anonieme gegevens echter minder informatie bevatten over bijvoorbeeld leeftijd, is de bepaling van de vaccin-effectiviteit en vaccinatiegraad minder precies dan mogelijk zou zijn wanneer het RIVM volledig zicht zou hebben op alle gevaccineerden. Omdat de mogelijkheden van het RIVM beperkt zijn om datasets te koppelen, kunnen niet alle analyses uitgevoerd worden die relevant zouden zijn. Door optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden en data die er wel zijn, komt er wel voldoende beleidsinformatie beschikbaar.

Vragen van de ChristenUnie-fractieleden

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben – mede ter voorbereiding op het komende debat, dat voorzien is voor 23 november 2021 – een aantal vragen over de stand van zaken van het coronabeleid, onder meer naar aanleiding van de brief van 2 november 2021.

Vraag 1:

Ten eerste hebben zij een vraag over het gele boekje versus de QR-code. Er zijn onder andere veel ouderen die wel een ‘geel boekje’ hebben, maar geen QR-code op hun mobiele telefoon (of helemaal geen mobiele telefoon of smartphone hebben). De leden van deze fractie vragen of een geel boekje dezelfde toegang geeft als een QR-code? Zo nee, waarom niet? Zo ja, is dit breed bekend?

Antwoord:

Het gele boekje is geen officieel Nederlands vaccinatiebewijs ten behoeve van COVID-19-vaccinatie, dat is alleen het coronatoegangsbewijs (CTB), zoals geregeld in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 of het Europese Digitaal Corona Certificaat (DCC). Ook zijn er geen internationale afspraken rondom erkenning van een COVID-19-vaccinatie d.m.v. het gele boekje. Zowel het DCC als het CTB werkt met een QR-code die gescand kan worden. Als mensen dit zelf graag willen is het mogelijk de bevestiging van hun vaccinatie zelf in te voegen of te bewaren in het gele boekje of de GGD te vragen om de coronavaccinatie in het gele boekje te registreren. Deze informatie staat op rijksoverheid.nl⁴. Mensen die geen mobiele telefoon of smartphone hebben of de QR-code van hun coronabewijs

⁴ www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/vraag-en-antwoord/krijg-ik-een-vaccinatiebewijs-na-de-prik-tegen-corona

liever op papier hebben kunnen het coronatoegangsbewijs uitprinten via de website CoronaCheck.nl. Voor mensen die moeite hebben met het digitaal aanvragen van een coronatoegangsbewijs is het bijvoorbeeld mogelijk hulp te vragen bij bibliotheken of een papierenbewijs telefonisch aan te vragen⁵.

Vraag 2:

Ook vragen deze leden aandacht voor burgers die niet gevaccineerd mogen worden om medische redenen. Sommigen hebben corona gehad en anderen niet. Hoe denkt u met deze kleine groep burgers om te gaan? Op welke manier kunnen zij toegang krijgen tot plaatsen waar een QR-code vereist is?

Antwoord:

Het RIVM geeft aan dat het aantal mensen dat (nog) niet (volledig) gevaccineerd kan worden beperkt is. Voor het overgrote deel van de mensen is inmiddels een oplossing gevonden. Zo kan de groep die een allergische reactie had op de eerste vaccinatie, zich melden bij de huisarts voor een afspraak om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen. Ook zijn er mensen die moeten wachten totdat ze gevaccineerd kunnen worden vanwege een behandeling die zij ondergaan. De verwachting is dat deze groep steeds kleiner wordt. Indien iemand om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, kan een Coronatoegangsbewijs (Ctb) verkregen worden door middel van een negatief testbewijs of een herstelbewijs. Ik ben in de tussentijd aan het verkennen hoe de groep die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, toch toegang kan krijgen zonder te testen. Zo ben ik bezig een landelijk beoordelingsorgaan op te zetten. Met behulp van onafhankelijke artsen zal dan gekeken worden of iemand in aanmerking kan komen voor een uitzonderings-QR.

Vraag 3:

In het politieke en maatschappelijke debat worden nog steeds pleidooien gevoerd voor het breed toepassen van hydroxychloroquine (hcq) en ivermectine. De laatste maanden verschijnen er steeds meer berichten dat de genoemde pleidooien gebaseerd zijn op vervalste studies en studies die methodologisch zwak zijn. De leden van de fractie van de ChristenUnie zijn van mening dat volksvertegenwoordigers niet gaan over de keuze van behandelingen: dat is het domein van de zorg. Voor de zuiverheid van het debat is het wel van belang dat desinformatie bestreden wordt.

Kunt u aangeven wat de wetenschappelijke status van behandelingen met hcq en ivermectine is? Zijn er Cochrane reviews? Als u niet kunt aangeven wat de wetenschappelijke status is, kunt u die vraag dan neerleggen bij een wetenschappelijk instituut?

Antwoord:

Op dit moment wordt de inzet van de middelen hydroxychloroquine en ivermectine bij COVID-19 afgeraden door het Europees Medicijn Agentschap (EMA) alsook de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Zij baseren zich op alle relevante literatuur en geven een onderbouwd advies om deze middelen niet in te zetten als coronamedicijn.

⁵ www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/coronabewijs/hulp-en-vragen-over-coronabewijs.

Ik ben het met u eens dat het verspreiden van desinformatie over dit middel patiënten weg kan houden van een goedgekeurde en effectieve behandeling van COVID-19. Dit kan resulteren in gezondheidsschade en kan de druk op de zorg onnodig verhogen.

Ik ben het ook met u eens dat de zorg zelf gaat over de behandeling van patiënten en dat dit geen politieke aangelegenheid is. De weging van wetenschappelijke literatuur voor de beoordeling van geneesmiddelen wordt verricht door onafhankelijke organisaties zoals het Europees Medicijn Agentschap (EMA) en de beroepsgroepen die de relevante literatuur beoordelen op de inhoud.

Een andere betrouwbare en objectieve bron voor informatie omtrent geneesmiddelen en vaccins tegen COVID-19 is het coronajournaal van het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM).

Vraag 4:

Als sneltesten, zoals een ademtest, toegepast kunnen worden, dan wordt testen steeds meer een volwaardig alternatief voor toegang. De huidige ademtests voldoen niet aan de eisen met betrekking tot de sensitiviteit en specificiteit. De leden van deze fractie vragen of het kabinet onderzoek naar verbeterde sneltesten/ademtesten stimuleert, bijvoorbeeld door het subsidiëren van onderzoek.

Antwoord:

Het kabinet volgt met grote interesse de ontwikkelingen op het gebied van minder invasieve testmethoden. In de laatste stand van zakenbrief van 2 november 2021 heb ik de Kamer nog geïnformeerd over de uitkomsten van een validatieonderzoek naar speekselzelftesten, dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd. Helaas blijkt uit de voorlopige resultaten dat deze test significant minder presteert dan de zelftest met een neusafname.

Vraag 5:

Handhaving van de maatregelen is van uitermate groot belang voor het succes van de maatregelen. Welke extra maatregelen heeft het kabinet genomen? Welke extra middelen geeft het kabinet aan de lagere overheden om extra te handhaven?

Antwoord:

We werken met de drieslag: naleving, controle en handhaving. Op alle drie vergroten we onze inzet. Om de naleving te bevorderen is een publiekscampagne georganiseerd voor de belangrijkste doelgroepen. Voor de intensivering van de controle gaat het kabinet gesprekken aan met de diverse branches. Voor de intensivering van handhaving is het kabinet continu in gesprek met burgemeesters en met het veiligheidsberaad. Om de controle en handhaving te ondersteunen is aan de veiligheidsregio's € 45 mln. beschikbaar gesteld. Deze € 45 mln. besteden de veiligheidsregio's veelal via gemeenten en in overleg met onder andere de lokale horeca aan onder meer polsbandjes, sus-ploegen, city-hosts en de inzet van beveiligers. Daarnaast is het kabinet gestart met een nog breder onderzoek naar de naleving en controle om gericht bij te kunnen sturen waar dat nodig is.

Vraag 6:

Tijdens het debat over de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (35526) op 25 mei 2021 is toegezegd dat de Kamer geïnformeerd zal worden over de manier waarop vaccins ter beschikking zullen worden gesteld aan de derde wereld. Wat is de status van deze toezegging? Kunt u daarbij ook aangeven wat een royaal gebaar naar de derdewereldlanden zou zijn, rekening houdend met het feit dat Nederland een rijk land met een beperkte staatsschuld is en de vaccinatiegraad in deze landen laag is?

Antwoord:

Tijdens het debat heb ik uw Kamer toegezegd u te informeren over de huidige stand van zaken m.b.t het beschikbaar stellen van vaccins aan lagere- en middeninkomenslanden. Het is van groot belang om wereldwijd mensen met een hoger risico op ernstige ziekte en sterfte als gevolg van COVID-19, zo spoedig mogelijk een vaccinatie te kunnen geven. Het beschikbaar stellen van toegang tot COVID-19-vaccins voor armere landen is in het belang van Nederland, zowel vanuit een moreel als een gezondheids- en economisch perspectief. Zoals ik u in de Kamerbrief d.d. 15 november 2021 heb gemeld wil Nederland, onder het motto "Get one – Give one", dit jaar evenveel vaccins doneren als dat we zelf gebruiken. Concreet betekent dat een streven naar een donatievolume van ten minste 27 miljoen doses. Inmiddels zijn 22 miljoen doses aan COVAX gecommiteerd, en zijn daarnaast tot nu toe bijna 4 miljoen vaccins bilateraal gedoneerd aan Indonesië, Suriname, Kaapverdië en Namibië. Dit aantal zal de komende weken nog verder oplopen. Aan Indonesië is toegezegd voldoende vaccins te doneren om 3 miljoen mensen te kunnen vaccineren. Hiermee zal het genoemde aantal van 27 miljoen te doneren vaccins worden gehaald.

Vragen van de PvdD-fractieleden

De leden van de fractie van de PvdD hebben kennisgenomen van uw antwoorden d.d. 25 oktober 2021. Zij constateren dat op een aantal vragen in het geheel geen antwoord is gegeven. Naar aanleiding van uw antwoorden alsmede uw brief inzake het 127e OMT-advies en de daarbij gevoegde bijlagen, hebben deze leden nog de volgende vragen. Zij verzoeken de vragen genummerd en afzonderlijk te beantwoorden. De fractieleden van 50PLUS sluiten zich aan bij de volgende vragen: 2.3, 2.4, 3.1, 4.1, 4.2, 9.1, 10.1, 10.2, 10.3, 13, 14.1 en 14.2.

Vraag 1:

Op pagina 24 van de antwoorden citeert u de volgende passage uit het 126e OMT-advies:

"126e OMT advies: 'Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Kortom, de kans dat een deelnemer op een evenement toch besmettelijk is, is kleiner bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen.'"

Vraag 1.1:

Bent u bereid om de berekeningen waarop de in de geciteerde passage getrokken conclusie is gebaseerd, met de Eerste Kamer te delen?

Antwoord:

De toelichting op de door het OMT gebruikte modellering wordt door de heer Van Dissel in zijn presentatie tijdens de technische briefing gegeven. Deze heeft op maandag 15 november opnieuw plaatsgevonden. Alle presentaties zijn ook vindbaar op de website van de Tweede Kamer. Het RIVM maakt ook alle gebruikte rekenmodellen en aannames openbaar op zijn website

Vraag 1.2:

Het 126e OMT-advies dateert van 13 september 2021. Zijn er sindsdien gegevens bekend geworden die afwijken van de gegevens waarop die berekeningen zijn gebaseerd? Zo ja, welke?

Antwoord:

Er worden voortdurend nieuwe gegevens gegenereerd, enerzijds door veranderingen in de vaccinatiegraad en het aantal besmettingen. Anderzijds ook doordat er onderzoeksresultaten beschikbaar komen over de effectiviteit van vaccinatie en doorgemaakte besmetting t.a.v. besmetting met en verspreiding van het virus. Deze gegevens worden gebruikt voor de OMT adviezen, het laatste dateert van 11 november, en is door de heer Van Dissel in zijn technische briefing gepresenteerd. Deze heeft op maandag 15 november plaats gevonden.

Vraag 1.3:

Indien de berekeningen op dit moment zouden worden uitgevoerd aan de hand van de nu bekende gegevens, welk resultaat zouden die berekeningen dan opleveren?

Antwoord:

Voor een antwoord daarop moeten deze berekeningen ook daadwerkelijk gemaakt worden. Indien dit opportuun is naar aanleiding van een nieuwe OMT advies, zullen deze berekeningen door het RIVM opnieuw worden uitgevoerd.

Vraag 2:

In het antwoord op pagina 24, luidende "De exacte mate van bescherming tegen transmissie wordt nog onderzocht, maar is volgens schattingen van het RIVM in de orde van 50%", gaat u in op de kans dat gevaccineerden anderen besmetten.

Vraag 2.1:

Onderschrijft u de schattingen van het RIVM, dat inmiddels bij bijna de helft van de gevaccineerden de kans bestaat dat zij het virus bij zich dragen en anderen kunnen besmetten?

Antwoord:

Het is niet de inschatting van het RIVM dat inmiddels bij bijna de helft van de gevaccineerden de kans bestaat dat zij het virus bij zich dragen en anderen kunnen besmetten. De inschatting van het RIVM is dat het vaccin 75% effectief is tegen besmetting, dus van de gevaccineerden die in contact komen met het virus, zal slechts 25% besmet raken. Daarnaast is de in de vraag genoemde inschatting van het RIVM dat bescherming tegen transmissie (overdracht) zo'n 50% is. Dus van de 25% van de mensen die in contact zijn geweest met het virus die besmet raken, kan ongeveer 50% vervolgens het virus ook doorgeven.

Vraag 2.2:

Bent u bereid om de aannames en berekeningen waarmee het RIVM die schattingen heeft uitgevoerd, met de Eerste Kamer te delen?

Antwoord:

Deze aannames en berekeningen worden door de heer Van Dissel in zijn presentatie tijdens de technische briefing toegelicht. Deze heeft op maandag 15 november opnieuw plaatsgevonden. De details van de berekeningen die vaak worden gerapporteerd zijn ook terug te vinden op de website van het RIVM .

Vraag 2.3:

Op pagina 5 van het rapport van het RIVM/OMT 'Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB' wordt geconcludeerd: "afname van bescherming tegen infectie door de virusvariant delta is inmiddels ook duidelijk uit epidemiologische gegevens". Bij welke afname van bescherming moet worden geconcludeerd dat met betrekking tot personen met een vaccinatiebewijs niet meer kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag?

Antwoord:

Om te kunnen bepalen of het omslagpunt bereikt is waarbij naar aanleiding van de afname van de bescherming tegen infectie door vaccinatie voor personen met een vaccinatiebewijs niet meer kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag moet een specifieke berekening uitgevoerd worden. Dat is niet simpel te bepalen. Indien dit opportuun is naar aanleiding van een nieuwe OMT adviesaanvraag, zullen deze berekeningen door het RIVM opnieuw worden uitgevoerd. Bij deze bepaling moet daarnaast ook rekening gehouden worden met de derde prik voor kwetsbare personen en binnenkort ook met de boostervaccinatie.

Vraag 2.4:

Indien sprake is van afname van bescherming door vaccinatie in de orde van grootte die op pagina 5 van het hiervoor bedoelde rapport wordt besproken, brengt dat dan mee dat de Wet publieke gezondheid (Wpg) geen grondslag kan bieden voor het invoeren van het zogeheten 2G- beleid dat in Duitsland wordt aangehouden? Wat is op dat punt uw oordeel?

Antwoord:

De epidemiologische meerwaarde van het zogeheten 2G-beleid wordt, indien dit aan de orde is, onderbouwd door het OMT. Het OMT neemt daarbij alle bekende gegevens en onderzoeksuitkomsten mee. De inschatting van het OMT is voldoende om, indien het kabinet besluit tot dit beleid, een grondslag te kunnen bieden voor de onderbouwing van het 2G beleid in Nederland. Aangezien de huidige wet nog geen grondslag biedt voor een 2G beleid, zal daartoe eerst een wetsvoorstel worden ingediend.

Vraag 3:

In het advies van 20 mei 2021 heeft de Gezondheidsraad geconcludeerd dat vaccinatie "in meer of mindere mate [bijdraagt] aan het voorkomen van infecties bij anderen" en "[m]eer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat".

Vraag 3.1:

Bent u bereid om de Gezondheidsraad advies te vragen over de vraag of op grond van de inmiddels bekende gegevens kan worden vastgesteld dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SAR-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag? Zo nee, waarom niet? Zo ja, bent u bereid dat zo spoedig mogelijk te doen?

Antwoord:

In het OMT advies 126 is het OMT ingegaan op de gevraagde vergelijking. Zie verder ook antwoord op vraag 4.2.

Vraag 3.2

In het antwoord op pagina 19 wordt gesteld: "Uit onderzoek blijkt dat een fout-negatieve uitslag in 2 tot 33 procent van de personen met COVID-19 voorkomt". Wat is de gemiddelde kans dat een persoon met een negatieve testuitslag toch besmettelijk is? Kunt u de berekening geven op grond waarvan u die kans concludeert?

Antwoord:

Per abuis zijn in de beantwoording getallen aangehaald over de sensitiviteit van PCR-testen. Die getallen zijn niet van toepassing bij het testen voor toegang, daar worden immers antigeentesten gebruikt. Bij een negatieve test bestaat een kans dat iemand besmet is zonder het te weten, of na de test besmet is geraakt, en is er dus kans op transmissie van het virus. Dit kan het gevolg zijn van de mate van virusuitscheiding, type en juistheid van het afgenomen monster en tijdstip van bemonstering bij een COVID-19 patiënt. De sensitiviteit van veel gebruikte antigeentesten is ruim boven de 80% ten opzichte van de PCR, als er een correctie voor besmettelijkheid wordt toegepast op moment van bemonstering⁶.

Vraag 4:

In artikel 58ra, tweede lid, onder a, van de Wpg is bepaald dat een vaccinatiebewijs alleen als coronatoegangsbewijs mag worden aangemerkt indien "kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag".

Vraag 4.1:

Is volgens u aan de wettelijke eis dat "kan worden vastgesteld" voldaan als het naar uw oordeel "waarschijnlijk is dat er met een vaccinatie een vergelijkbare of kleinere kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat dan bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag"?

Antwoord:

Ja, naar mijn idee is aan deze wettelijke eis voldaan.

Hoewel vaccinatie niet tot steriele immuniteit leidt, blijken besmette gevaccineerden, in vergelijking met besmette niet-gevaccineerden, minder kans te hebben om het virus door te geven.

⁶<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1676#:~:text=Conclusions%20The%20sensitivities%20of%20both,as%20a%20proxy%20for%20infectiousness>

Op basis van de huidige wetenschappelijke studies kan worden gesteld dat de kans voor gevaccineerden om een infectie op te lopen en vervolgens zelf besmettelijk te worden, veel lager is dan die voor ongevaccineerden. Dhr. Van Dissel, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, gaf in de technische briefing van 3 november jl. aan dat de vaccineffectiviteit tegen infectie momenteel ongeveer 75% is. Daarnaast wordt door het RIVM geschat dat vaccinatie voor ongeveer 50-63% beschermt tegen overdracht van het virus. De totale kans dat iemand die gevaccineerd is besmet raakt en het overdraagt is dan dus 88-91% kleiner dan voor iemand die niet gevaccineerd is. In haar 126e advies stelt het OMT dat uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt.

Vraag 4.2:

Als het zo is (wat u stelt) dat er "nog te weinig gegevens [zijn] om harde conclusies te kunnen trekken over exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve uitslag", op grond van welke feitelijke gegevens acht u dan dat voldaan is aan de wettelijke voorwaarde dat "vastgesteld [is] dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag"?

Antwoord:

Ja, naar mijn idee is aan deze wettelijke eis voldaan. De conclusie dat de kans dat een gevaccineerde zonder test besmettelijker is dan iemand met een negatieve test is niet zo te stellen en behoeft enige nuance. Ook mensen die een negatieve test overleggen kunnen besmet zijn met het coronavirus en besmettelijk zijn, zonder dat zij dit weten.

Zoals aangegeven is het op basis van de beschikbare gegevens lastig om harde conclusies te trekken over de exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve testuitslag. Maar dat wil niet zeggen dat er helemaal geen conclusies getrokken kunnen worden. Zo is gebleken dat de kans dat iemand besmet raakt als gevaccineerd persoon ongeveer 75% kleiner is dan de kans op een infectie bij een ongevaccineerd persoon. De kans dat iemand die gevaccineerd is het virus overdraagt is 50-63% kleiner dan bij iemand die niet gevaccineerd is. De totale kans dat iemand die gevaccineerd is besmet raakt en het overdraagt is dan dus 88-91% kleiner dan voor iemand die niet gevaccineerd is. Bij een negatieve test bestaat een kans dat iemand besmet is zonder het te weten, of na de test besmet is geraakt, en is er dus kans op transmissie van het virus. Dit kan het gevolg zijn van de mate van virusuitscheiding, type en juistheid van het afgenomen monster en tijdstip van bemonstering bij een COVID-19 patiënt. De sensitiviteit van veel gebruikte antigeentesten is ruim boven de 80% ten opzichte van de PCR, als er een correctie voor besmettelijkheid wordt toegepast op het moment van bemonstering⁷. Daarbij is een negatieve testuitslag een momentopname en geeft dus ook een test geen 100% garantie.

⁷<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1676#:~:text=Conclusions%20The%20sensitivities%20of%20both,as%20a%20proxy%20for%20infectiousness>

Het OMT heeft in zijn 126e advies d.d. 14 september 2021 het volgende aangegeven:

'Uit berekeningen blijkt dat de kans dat iemand besmettelijk virus bij zich draagt en daarmee potentieel besmettelijk is voor anderen, ook na een negatieve antigeensneltest nog altijd circa tweemaal zo groot is als de kans dat een volledig gevaccineerd persoon het virus draagt. Kortom, de kans dat een deelnemer op een evenement toch besmettelijk is, is kleiner bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen.

Vraag 5:

Op pagina 28 van het antwoord gaat u in op de volgende vraag:

"Vraag 4.3

Al eerder 17 is door de PvdD-fractieleden gevraagd of u "het oordeel van de fractie van de PvdD [deelt] dat personen die zich in verband met mogelijke bijwerkingen van de vaccins niet willen laten vaccineren, op één lijn moeten worden gesteld met personen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccinatie, zoals bedoeld in de vraag van de SGP-fractie, die heeft geleid tot de toezegging?". Op die vraag gaf u geen antwoord. Kunt die vraag alsnog beantwoorden."

In het antwoord dat u geeft, wordt opnieuw geen antwoord gegeven op de vraag of u oordeelt dat personen die zich in verband met mogelijke bijwerkingen van de vaccins niet willen laten vaccineren, op één lijn moeten worden gesteld met personen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccinatie, zoals bedoeld in de vraag van de SGP-fractie, die heeft geleid tot de toezegging. Kunt u met 'ja' of 'nee' antwoorden?

Antwoord:

U vraagt mij om een eenvoudig antwoord te geven op een ingewikkelde vraag. De vraag met een eenvoudig 'ja' of 'nee' beantwoorden doet geen recht aan de situatie waarin we ons bevinden. Zoals gezegd is de keuze om je wel of niet te laten vaccineren een vrijwillige en een persoonlijke afweging. Deze keuze moeten mensen zelf kunnen maken. In die zin is het antwoord op uw vraag 'ja'. Echter, deze keuze heeft consequenties voor gezondheid en gezondheidszorg - (juist) ook voor niet-gerelateerde Covid-zorg - van en voor velen. Daarbij komt dat de risico's van (ernstige) bijwerkingen van de vaccins veel kleiner zijn dan de risico's van ernstige ziekte door een besmetting met het coronavirus. In die zin is het antwoord 'nee'. Hierbij is uiteraard de situatie anders bij mensen die om medische redenen een hoger risico hebben op bijwerkingen na vaccinatie. Juist daarom is voor mensen die gevoelig zijn voor allergische reacties na vaccinatie specialistische hulp beschikbaar om als het verantwoord is vaccinatie mogelijk te maken. Kortom: Het is niet mogelijk om alle mensen met angst voor bijwerkingen door vaccinatie gelijk te stellen aan die met gewetensbezwaren. Daarvoor zijn de achterliggende redenen te divers –en dus ook de mogelijke oplossingen-. Het is onze maatschappelijke opgave om ten eerste mensen goed te informeren over vaccinatie, ten tweede alles op alles te zetten om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te krijgen en barrières daarvoor weg te halen, en ten derde om te zorgen dat iedereen zo goed mogelijk kan blijven deelnemen aan de samenleving. Het verder versimpelen van mijn antwoord op uw vraag doet in mijn ogen geen recht aan de situatie waarin we ons bevinden en de afwegingen die daarbij gemaakt moeten worden.

Vraag 6:

Op pagina 28 gaat u in op de volgende vraag:

“Tot de inwerkingtreding van de wijziging d.d. 14 september 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19, mochten beheerders van horecagelegenheden en van locaties voor kunst en cultuur personen toelaten zonder coronatoegangsbewijs. [...]. Werd dat verschaffen van toegang onder de toen geldende regels veilig geacht in het licht van het tegengaan van besmettingsgevaar met Covid-19?”

Kan uit het antwoord dat u geeft, worden afgeleid dat u bevestigend antwoordt op die laatste vraag?

Antwoord:

Op dat moment werd het proportioneel geacht om toegang te verschaffen tot genoemde locaties zonder CTB. De huidige epidemiologische situatie is van dien aard dat de inzet van het CTB vereist is als mitigerende maatregelen om contacten veiliger te laten verlopen en sectoren langer veilig en verantwoord open te houden, vergeleken met de situatie dat er geen CTB in deze sectoren in zou worden gezet.

Vraag 7:

Op de pagina's 28 tot en met 29 gaat u in op de volgende vraag:

“Als de beheerders op dit moment volgens die oude regels toegang zouden verschaffen aan personen zonder coronatoegangsbewijs, in hoeverre zou dat dan besmettingsgevaar opleveren van een andere aard dan die welke vóór de inwerkingtreding van de coronapas-regeling kon optreden bij het toelaten van personen met inachtneming van de toen geldende regels?”

Kan uit uw antwoord worden afgeleid dat toepassing van de oude regels niet méér besmettingsgevaar zou opleveren dan toepassing van de nieuwe regels?

Antwoord:

Het CTB is op dit moment ingevoerd op specifieke plekken waar een relatief groot risico bestaat op besmettingen; het CTB helpt daarbij om de verspreiding van het coronavirus te remmen, besmettingen te voorkomen en de druk als gevolg daarvan af te doen nemen, dan wel af te remmen. Het CTB is daarmee een maatregel waarmee sectoren verantwoord veilig langer open kunnen blijven, vergeleken met een situatie waarbij het CTB niet ingezet zou worden.

Vraag 8:

Op pagina 29 gaat u in op de vraag waarom het verzoek van de Nederlandse Vereniging van Bioscopen en Filmtheaters niet is ingewilligd. In uw antwoord wijst u erop dat “onder andere vanuit handhavings-, nalevings- en juridisch perspectief er voor gekozen [is] om de 1,5m-regel overal af te schaffen en niet gedeeltelijk.”

Antwoord

Het CTB is op dit moment ingevoerd op specifieke plekken waar een relatief groot risico bestaat op besmettingen, het CTB helpt daarbij om de verspreiding van het coronavirus te remmen, besmettingen te voorkomen en de druk als gevolg daarvan af te doen nemen, dan wel af te remmen. Het CTB is daarmee een maatregel waarmee sectoren veiliger langer open kunnen blijven, vergeleken met een situatie waarbij het CTB niet ingezet zou worden.

Vraag 8.1:

Welke juridische bezwaren bestonden er volgens u tegen een regeling die erin zou voorzien dat een exploitant de oude regels zou kunnen voortzetten?

Antwoord

De Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) bevat geen differentiatiebepaling voor de veiligeafstandsnorm. De Tmw kent op wetsniveau wel een aantal uitzonderingen op de veiligeafstandsnorm en deze kunnen worden uitgebreid bij ministeriële regeling. Dit betekent er geen juridische mogelijkheid is om de veiligeafstandsnorm in te zetten in bepaalde sectoren en settings. Daarmee is het ook niet mogelijk voor een exploitant om te kiezen tussen de veilige afstandsnorm of een CTB. Uiteraard is het wel mogelijk dat de exploitant er zelf voor kiest om naast de CTB verplichting ook de veiligeafstandsnorm te hanteren.

Vraag 8.2:

Welke bezwaren uit een oogpunt van naleving en handhaving bestonden er volgens u tegen een regeling die erin zou voorzien dat een exploitant de oude regels zou kunnen voortzetten indien daarvan mededeling was gedaan aan de overheid en aan het publiek en zo nodig bij de ingang van de bioscoop of het theater?

Antwoord:

Indien een regeling erin zou voorzien dat een exploitant de oude regels zou kunnen voortzetten ontstaan er twee regimes die naast elkaar bestaan. Verschillende regels en uitzonderingen zorgen voor onduidelijke situaties; dit komt de naleving en de handhaving niet ten goede.

Vraag 9:

In Het Parool van 30 oktober 2021 roept het Hoofd van de ic-afdeling van Amsterdam UMC u op om te bewerkstelligen dat er aparte Covid-ziekenhuizen of Covid-vleugels worden opgezet.

Vraag 9.1:

Bent u bereid om dat idee te ondersteunen?

Antwoord:

Ik heb het LNAZ gevraagd te verkennen of de COVID-zorg ten tijde van een piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden. Bijvoorbeeld door concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken. Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in hun toelichtende brief van 1 november 2021 aan dat- na overleg met betrokken partijen, waaronder de ziekenhuizen, verpleegkundigen en artsen, concentratie van IC-zorg op dit moment geen optie is. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals - met name IC-verpleegkundigen - door een aanhoudend hoog

ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte 'piek van de piek' aan te kunnen, zoals ook is opgenomen in de Kamerbrief van 2 november .

Vraag 9.2:

Is het wettelijk mogelijk om te bepalen dat voor Covid-patiënten er een gemaximeerd aantal ic- bedden beschikbaar is?

Antwoord

Juridisch gezien lijkt het wellicht mogelijk om de ic-behandelcapaciteit voor COVID-patiënten te reguleren. Naar verwachting zal dit echter ingewikkeld en lastig uitvoerbaar zijn. De verwachting is dat een wettelijk kader voor de ziekenhuizen een administratieve lastenverzwaring met zich mee zal brengen en ook de zorgverlening in de praktijk minder wendbaar en flexibel zal maken. De ziekenhuizen zullen zich dan immers moeten houden aan de wettelijk vastgestelde maximum behandelcapaciteit, wat hen minder ruimte laat om in te spelen op de actuele situatie in de zorgpraktijk. In het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg in de COVID-pandemie is uitgewerkt op welke wijze de toegankelijkheid van de acute zorg (voor zowel reguliere acute patiënten als voor COVID-19 patiënten) is geborgd. Onderdeel van dit beleidskader is een raamwerk van de Federatie van Medisch Specialististen (FMS), dat artsen en ziekenhuizen moeten gebruiken bij afwegingen en keuzes rond de verdeling van de capaciteit in het ziekenhuis. Het gaat hierbij om medische afwegingen die in het domein van de medische professionals thuis horen.

Vraag 10:

Al in een vroege fase van de Covid-pandemie en de behandeling van spoedwetgeving is in debat met u door de fractieleden van de PvdD van de Eerste Kamer aangegeven dat triagecriteria voor het zogeheten code-zwart-scenario door de wetgever dienen te worden vastgesteld.

Vraag 10.1

Is er een wetsvoorstel in voorbereiding dat voorziet in wettelijke criteria voor triage in het zogeheten code-zwart-scenario?

Antwoord:

Er is geen wetsvoorstel in voorbereiding dat voorziet in wettelijke criteria voor triage in het zogeheten code-zwart-scenario.

Vraag 10.2

Indien dit niet het geval is, op grond waarvan oordeelt u dat het vaststellen van die criteria mag worden overgelaten aan de beroepsgroep terwijl vaststaat dat er geen medische criteria worden gehanteerd?

Antwoord:

Het draaiboek "triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie" geeft invulling aan het professioneel handelen van een zorgverlener. Dat geldt ook voor het deel dat ingaat op triage op basis van niet-medische overwegingen (fase 3, stap C), aangezien de zorgverleners deze triage moeten uitvoeren. Het draaiboek is

daarmee onderdeel van de professionele standaard. De professionele standaard is het geheel van private normen en regels, medisch wetenschappelijke inzichten en ervaringen dat invulling geeft aan het professioneel handelen van zorgverleners of zorgaanbieders. De IGJ heeft op 19 november 2020 bevestigd dat zij het draaiboek als veldnorm en dus als onderdeel van de professionele standaard beschouwt. Als veldnorm is het draaiboek onderdeel van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Vraag 10.3

Op grond van welke overwegingen acht u het juridisch toelaatbaar dat op grond van criteria die niet bij of krachtens de wet zijn vastgesteld, gediscrimineerd mag worden tussen patiënten die in medisch opzicht voor de vraag of tot een ic-opname moet worden overgegaan, in vergelijkbare positie verkeren, terwijl aan de weigering tot opname van een patiënt die in die vergelijking is betrokken, het gevolg is verbonden dat de betrokken patiënt naar verwachting zal overlijden?

Antwoord:

Als onderdeel van de professionele standaard is het draaiboek onderdeel van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Er is dus wel degelijk sprake van een wettelijke grondslag. Er is in fase 3, stap C, van het draaiboek sprake van een (ethische) afweging waarover in redelijkheid verschillend kan worden gedacht binnen de juridische grenzen van het verbod op leeftijdsdiscriminatie. Het is een dilemma waarbij in een crisissituatie keuzes ten aanzien van de toegang tot schaarse IC-zorg onvermijdelijk zijn. Daarbij biedt het draaiboek, inclusief de onderverdeling in leeftijdscohorten, een passend instrument dat goed hanteerbaar is in een dergelijke crisissituatie. Deze werkwijze heeft ook draagvlak binnen de beroepsgroep, bij ouderenorganisaties, patiëntenorganisaties en de IGJ. Ook ligt er een in redelijkheid te maken ethische keuze aan ten grondslag. Met dat alles blijft de keuze die gemaakt is in het draaiboek binnen de ruimte die rechtvaardigheidsgronden voor het maken van onderscheid naar leeftijd bieden.

Vraag 10.4

In hoeverre houdt u rekening met het beveiligen van ziekenhuizen in situaties dat het zogeheten code-zwart-scenario moet worden gehanteerd?

Antwoord

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft aandacht voor de mogelijke noodzaak tot het beveiligen van ziekenhuizen. Hierover wordt het gesprek gevoerd met de ROAZ-voorzitters en de gedachte is dat in de regio wordt afgestemd met de directeur publieke gezondheid en de Veiligheidsregio. We nemen uiteraard op allerlei vlakken maatregelen om te voorkomen dat er een tekort ontstaat aan IC-capaciteit en dat we in zogenaamde fase 3 terecht komen.

Vraag 11:

Op pagina 30 van de antwoorden verwijst u naar gedragsonderzoek door het RIVM met betrekking tot de naleving van de quarantaineregels. Uit die resultaten blijkt dat van de onderzochte reizigers die uit zeerhoogrisicogebieden kwamen, slechts een derde zich aan de quarantaineplicht hield.

Vraag 11.1:

Acht u een percentage van 30% van de naleving van de quarantainevoorschriften voldoende?

Antwoord:

Quarantaine is een essentieel onderdeel in de aanpak van het voorkomen van de verspreiding van het Coronavirus. Op deze manier wordt de besmettingsketen doorbroken. Het is belangrijk dat eenieder de verantwoordelijkheid neemt om het quarantaineadvies en de quarantaineplicht voorop te volgen. Om de naleving van de quarantainemaatregelen te bevorderen is een publiekscampagne gericht op quarantaine, in combinatie met testen, ingezet.

Het is voor quarantaine belangrijk om twee vormen te onderscheiden, namelijk het advies en de plicht. Het advies om in thuisquarantaine te gaan geldt als je klachten hebt die bij een besmetting met het Coronavirus passen, of als je een positieve coronatestuitslag hebt gehad. Uit de 16e ronde van het gedragsonderzoek van het RIVM bleek dat deelnemers die een positieve coronatestuitslag hebben gehad, aangeven de regels beter na te leven dan deelnemers die klachten hebben, of hebben gehad. Van de deelnemers met klachten bleef 36% thuis en ontving 70% geen bezoek. Van de deelnemers die zelf positief zijn getest, rapporteert 70% thuis te zijn gebleven en 97% geen bezoek te hebben ontvangen. Van de positief geteste deelnemers die wel naar buiten zijn gegaan deed de meerderheid dit om een frisse neus te halen (exacte percentage niet beschikbaar vanwege een te kleine groep).

Sinds 1 juni 2021 geldt een quarantaineplicht voor reizigers uit aangewezen zeerhoogrisicogebieden. Er is handhaving en controle op de quarantaineplicht geregeld waarbij het doel is dat reizigers zich houden aan de quarantaineplicht. Het belteam van VWS signaleert dat minimaal 70% van de nagebelde reizigers zich aan de quarantaineplicht houdt. In 2% van de telefoontjes bestaat een vermoeden dat iemand mogelijk niet in quarantaine zit. Ook voor de reizigers die telefonisch niet bereikbaar zijn, blijkt bij huisbezoek vaak dat deze reiziger gewoon in quarantaine zit.

Vraag 11.2:

Waarom is het OMT niet gevraagd om te adviseren over de eventuele noodzaak tot het opnieuw instellen van vliegverboden terwijl uit onderzoek van zijn gedragsunit bleek dat slechts een derde van de reizigers zich aan de quarantaineverplichtingen hield?

Antwoord:

Uit het RIVM-rapport over de epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland van 9 november 2021 blijkt dat 3,9 procent van het totaal aantal aan de GGD'en gemelde personen met een positieve testuitslag voor corona een reisverleden heeft. Daarvan komen de meeste reizigers (ca. 63%) uit landen die vooral per auto, trein of bus worden bezocht. Een vliegverbod zou niet bijdragen aan het terugdringen van deze besmettingen.

Gezien het voorgaande, is het kabinet van oordeel dat de naleving van de quarantaineplicht voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden op orde is en dat vlieg- en aanmeerverboden, in lijn met het eerdere OMT-advies van 31 mei en 18

juni 2021, niet noodzakelijk zijn. Mocht de naleving van de quarantaineplicht onvoldoende blijken en de epidemiologische situatie daar aanleiding toe geven, dan zal het kabinet alle noodzakelijke maatregelen nemen.

Vraag 11.3:

Bij welk percentage naleving is volgens u sprake van 'voldoende' naleving van de quarantaineplicht?

Antwoord:

De quarantaineplicht is van toepassing op reizigers uit aangewezen zeerhoogrisicolanden. Doordat de plicht niet van toepassing is op de personen die hiervan zijn uitgezonderd zijn (o.a. de gevaccineerden) is de plicht op een relatief kleine groep van toepassing. De naleving van de quarantaineplicht is echter van groot belang om te voorkomen dat een VOC geïntroduceerd wordt in Nederland of dat het virus zich verder verspreid. Er wordt daarom, met het controle en handhavingssysteem zoals dat er is, ingezet op goede naleving van de plicht. Een nalevingspercentage vaststellen waaraan voldaan moet worden is niet mogelijk.

Vraag 12:

Uit de antwoorden op pagina 30 blijkt dat u ook de tweede keer dat u wordt gevraagd om aan te geven hoeveel reizigers door het belteam zijn nagebeld, op die vraag geen antwoord geeft.

Antwoord:

Voor het antwoord op uw vraag zal ik gelijk de actuele cijfers geven:

- Er zijn tot en met week 43 (31 oktober) bijna 46.000 ingenomen, geldige, quarantaineverklaringen bij het belteam terechtgekomen. Van deze verklaringen heeft het belteam bijna 43.500 verklaringen opgevolgd (95%).

Met opgevolgd bedoelen we dat de quarantaineverklaringen in behandeling zijn genomen. De personen worden nagebeld als de verklaring goed is ingevuld en het telefoonnummer klopt.

Verder kan worden geconcludeerd dat:

- In 69% van de gevallen op basis van het telefoongesprek sprake was van naleving van de quarantaineplicht en dus geen aanleiding bestond voor doorgeleiding naar de gemeenten t.b.v. handhaving;
- In 16% van de gevallen de telefoon (ondanks meerdere pogingen) niet is opgenomen.
- In 7,5% van de gevallen geen of een onjuist telefoonnummer was ingevuld.
- Slechts 2% van de telefoongesprekken leidt tot een signaal van mogelijk niet naleven van de quarantaineplicht.
- Er tot medio oktober 2.900 quarantaineverklaringen doorgezet zijn naar gemeenten. Voor zover bekend, is in tenminste 220 gevallen een sanctie opgelegd, waarvan 3 keer een last onder dwangsom.

Vraag 12.1:

Acht u dat in overeenstemming met de transparantie en de openheid die bij de zogeheten nieuwe bestuurscultuur mag worden verlangd?

Antwoord:

Het is altijd mijn inzet om beide Kamers transparant te informeren.

Vraag 12.2:

Klopt de berekening die de fractieleden van de PvdD zelf hebben gemaakt, te weten dat van de 190.000 personen die uit een zeerhoogrisicogebied zijn ingereisd, slechts circa 2,9% door het belteam is gecontroleerd? Zo nee, wat is dan het percentage en op grond van welke gegevens is dat berekend?

Antwoord:

Het proces voor de controle en handhaving van de quarantaineplicht verloopt als volgt. Bij inreizen uit een zeer hoogrisicogebied dient de inreiziger een quarantaineverklaring in te vullen. Dit geldt ook voor reizigers die zijn uitgezonderd van de quarantaineplicht. De vervoerder controleert bij het boarden op de aanwezigheid van de quarantaineverklaring. Indien een betrokkene geen quarantaineverklaring kan laten zien wordt de toegang tot het vervoermiddel geweigerd. De quarantaineverklaringen worden doorgestuurd naar het belteam van VWS, tenzij de reiziger heeft aangegeven onder een uitzondering te vallen. De verklaringen van reizigers die zijn uitgezonderd op de quarantaineplicht, worden vernietigd. Op dit moment geeft 95% van de reizigers uit een zeer hoogrisicogebied aan uitgezonderd te zijn van de quarantaineplicht (o.a. omdat zij gevaccineerd zijn). Het belteam van het ministerie van VWS belt quarantaineplichtige reizigers na. Dit is dus slechts een deel van de totale hoeveelheid ingereisde reizigers.

Het belteam belt op dit moment 100% van de ontvangen, geldige, quarantaineverklaringen na. Eerder waren de quarantaineplichtige reizigersstromen groter, waardoor het totale afhandelingspercentage door het belteam 95% is.

Vraag 12.3:

Bij welk percentage van inreizigers uit zeerhoogrisicogebieden dat door het belteam is nagebeld, acht u de controle op de naleving van de quarantaineverplichtingen voldoende?

Antwoord:

Er is gekozen voor een risicogestuurd proces; vooral gericht op het zoveel mogelijk stimuleren van naleving. Het kabinet hanteert daarvoor geen precieze ondergrens. Er is een reële pakkans voor diegene die zich niet aan de quarantaineplicht houdt. Beboeten is geen doel op zich; het stimuleren van naleven van de quarantaineplicht wel.

Het belteam van VWS signaleert dat minimaal 70% van de nagebelde reizigers zich aan de quarantaineplicht houdt. Slechts in 2% van de telefoontjes bestaat een vermoeden dat iemand mogelijk niet in quarantaine zit. Ook voor de reizigers die telefonisch niet bereikbaar zijn, blijkt bij huisbezoek vaak dat deze reiziger gewoon in quarantaine zit. De naleving is dus goed en lijkt veel hoger dan 70%.

Vraag 13:

In de brief van het kabinet over het 127e OMT-advies en de Roadmap wordt ingegaan op het bron- en contactonderzoek. Over het gebruik van de CoronaMelder wordt niet gerept. Verwacht u dat het gebruik van de CoronaMelder

de komende maanden nog een toegevoegde waarde zal hebben? Zo ja, welke? En waarop wordt die verwachting gebaseerd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Evaluatieonderzoek heeft aangetoond dat CoronaMelder een kleine, maar merkbare toegevoegde waarde heeft als aanvulling op het reguliere bron- en contactonderzoek, en daarmee meer mensen sneller bereikt. Deze onderzoeken geven ook aan dat wanneer de samenleving verder opengaat en mensen meer sociale contacten hebben – maar nog niet iedereen maximaal beschermd is – de toegevoegde waarde van CoronaMelder verder kan toenemen. Sinds kort is het voor burgers ook mogelijk om hun GGD sleutel na een positieve test zelf op de website coronatest.nl in te voeren en hiermee autorisatie te verlenen voor het versturen van waarschuwingen in de app. Ter illustratie: In de afgelopen weken is een stijging te zien van het totaal aantal besmettingen wat is doorgegeven in de app. Op 1 november betrof het 529 mensen die via CoronaMelder gemeld hebben besmet te zijn, ten opzichte van bijna 1100 meldingen op 12 november. Te zien is dat ruim de helft van deze mensen de melding zelf heeft gedaan middels de website coronatest.nl (1 november: 252, 12 november: 582). Mensen die in contact zijn geweest met een besmet persoon kunnen hierdoor sneller worden gewaarschuwd. Uit het evaluatieonderzoek naar CoronaMelder is eerder gebleken dat de app effectiever zal zijn als er minder tijd zit tussen het moment waarop iemand met een besmet persoon in aanraking komt, en zij een notificatie ontvangen in de app.⁸

Vraag 14:

In het RIVM-briefrapport 2021-0092, getiteld 'CoronaMelder: modelstudie naar effectiviteit. Digitaal contactonderzoek in bestrijding van COVID-19' wordt op pagina 3 opgemerkt dat in de periode van vier maanden van het onderzoek het volgende is gebleken: "De R-waarde (het gemiddeld aantal nieuwe besmettingen dat een persoon veroorzaakt) was 12,7 procent lager door de combinatie van testen, het reguliere bron- en contactonderzoek en de CoronaMelder. De bijdrage van de app aan dit percentage is 0,3 procent. In de onderzochte periode gebruikte 16 procent van de Nederlanders de app."

Vraag 14.1:

Acht u de bijdrage van 0,3 procent van zodanig gewicht dat gesproken kan worden van enige toegevoegde waarde?

Antwoord:

Zoals ook in vraag 13 geschreven heeft evaluatieonderzoek aangetoond dat CoronaMelder een kleine, maar merkbare toegevoegde waarde heeft als aanvulling op het reguliere bron- en contactonderzoek. Ook worden met CoronaMelder meer mensen sneller bereikt. Deze onderzoeken geven daarnaast aan dat wanneer de samenleving verder opengaat en mensen meer sociale contacten hebben – maar nog niet iedereen maximaal beschermd is – de toegevoegde waarde van CoronaMelder verder kan toenemen. Hier wordt ook onderzoek naar gedaan. Tot en met 14 november bleken meer dan 17.000 mensen na notificatie in CoronaMelder inderdaad besmet het Coronavirus, waarmee ketens van besmettingen zijn verbroken.

⁸ Zie eindrapport 'Evaluatie CoronaMelder: een overzicht na 9 maanden': <https://www.coronamelder.nl/nl/faq/40-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronamelder-helpt-tegen-corona/>

Vraag 14.2:

Wat is het percentage Nederlanders dat op dit moment de app gebruikt?

Antwoord:

Tot en met zondag 14 november 2021 is CoronaMelder in totaal al bijna 5,5 miljoen keer gedownload, wat overeenkomt met 31,5% van de Nederlandse bevolking. Hiervan zijn bijna 2,4 miljoen actieve gebruikers.

Vraag 14.3:

In het rapport 'Evaluatie CoronaMelder een overzicht na 9 maanden' is op pagina 21 een tabel opgenomen die betrekking heeft op de vraag waarom een persoon een coronatest liet afnemen. Van belang is welk percentage zich voor een test meldde zonder dat hij zelf klachten had. Bij 'Aanleiding CoronaMelder' is aangegeven dat dit 1,2% bedroeg.

In de samenvatting van het rapport onder het kopje "De uitkomst" op pagina 3 is aangegeven: "De uitkomst is dat de CoronaMelder op dit moment een kleine maar merkbare toegevoegde waarde heeft als aanvulling op het reguliere BCO en in het bereiken van nauwe contacten na een positieve uitslag".

Deelt u het oordeel van de leden van de fractie van PvdD dat de toegevoegde waarde van de CoronaMelder zo gering is gebleken, dat de kosten voor de samenleving niet hebben opgewogen tegen de resultaten van het project?

Antwoord:

Ik deel dit oordeel niet. Tot en met 14 november bleken meer dan 17.000 mensen na notificatie door CoronaMelder inderdaad besmet met het Coronavirus. Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam toont dat de inzet van de app uiteindelijk meer op zal leveren dan het heeft gekost alleen al gekeken naar voorkomen besmettingen en ziekenhuisopnames zoals berekend door het RIVM. Volgens onderzoeker Joost Poort van de Universiteit van Amsterdam heeft de app afgelopen winter ook 110 tot 250 sterfgevallen voorkomen. Het effect van de inzet van CoronaMelder is daarmee niet alleen in euro's uit te drukken.

Vraag 14.4:

Wat is de hoogte van alle uitgaven die met het project gemoeid waren?

Antwoord:

De totale kosten voor CoronaMelder in 2020 en 2021 bedragen naar verwachting ongeveer €23 miljoen. Dit betreft €5 miljoen voor de ontwikkeling van de app (inclusief de organisatie van de appathon), €4,3 miljoen voor communicatie waaronder de massa mediale publiekscampagne, €4 miljoen voor diverse kosten waaronder de helpdesk, beleidsmatig advies, (wetenschappelijk) onderzoek en adoptie, privacy en juridisch advies en kosten aangaande de Begeleidingscommissie en Taskforces. Voor de doorontwikkeling en het beheer van CoronaMelder is €9,7 miljoen gereserveerd, waarvan €3,9 miljoen voor het beheer door CIBG en DICTU. Over deze doorontwikkeling heb ik uw Kamer eerder middels een brief al geïnformeerd.

Vragen van het OSF-fractielid

1) Juridische aspecten Casus:

Een horecaondernemer weigert de voorgeschreven toegangscontrole voor zijn etablissement uit te voeren en laat iedereen toe tot zijn lokaliteit. Vervolgens blijkt dit achteraf een superspreading event te zijn. Diverse bezoekers belanden hierdoor op de ic. Enkele bezoekers verliezen de strijd en overlijden aan de gevolgen van Covid.

Vraag 1:

Wordt de eigenaar van de zaak vervolgd, bijvoorbeeld wegens poging tot doodslag? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Indien er op grond van de Wpg en de Trm een plicht geldt om coronatoegangsbewijzen te hanteren dan ligt de verantwoordelijkheid om bezoekers te controleren op een coronatoegangsbewijs, bij de exploitant/ondernemer. Als blijkt dat er ook bezoekers zonder coronatoegangsbewijs worden toegelaten, kan de beheerder van de locatie of organisator van de activiteit aangesproken worden. Het toezicht op de naleving van deze maatregel vindt primair bestuursrechtelijk door gemeenten plaats; BOA's houden toezicht op de naleving van deze regels en kunnen in voorkomende gevallen een rapport opmaken. De informatie daarin wordt dan gebruikt voor te nemen bestuurlijke of bestuursrechtelijke maatregelen. Strafrechtelijke handhaving is als aanvulling mogelijk jegens de exploitant/ondernemer.

2) Handhaving

Ter voorkoming van willekeur is het uitgangspunt van handhaving dat de politie de wet handhaaft indien deze wordt overschreden. De rechter beoordeelt vervolgens alle in het geding zijnde belangen en neemt een afgewogen besluit. Gezien het potentieel groot aantal kwesties inzake de handhaving van maatregelen op het gebied van Covid-19, is er grote druk op de uitvoeringsorganisatie van handhavers en de rechterlijke macht wegens overbelasting.

Vraag 2:

Kunnen strafmaatregelen tegen gevaccineerden standaard worden geseponeerd wegens bijzondere verzachtende omstandigheden?

Antwoord:

Het Openbaar Ministerie hanteert geen specifiek landelijk sepotbeleid voor overtreding van COVID-19-maatregelen. Onduidelijk is ook welke strafmaatregelen tegen gevaccineerden nu worden bedoeld. In zijn algemeenheid geldt dat in elke zaak waarin proces-verbaal is opgemaakt i.v.m. overtreding van een coronamaatregel de officier van justitie per geval beoordeeld wat de meest passende wijze van afdoening is van die strafrechtelijk gehandhaafde overtreding. De officier van justitie kan daarbij gebruik maken van de algemene beleidsregels van het Openbaar Ministerie inzake strafvordering, en kiezen tussen dagvaarden, opleggen strafbeschikking of seponering van een zaak.

Vraag 3:

Welke uitvoeringscriteria zouden moeten worden ingevoerd om handhavers in staat te stellen meer eigenstandige beslissingen hiervoor te kunnen nemen?

Antwoord:

Het Openbaar Ministerie heeft een beleidskader ingesteld voor de strafrechtelijke handhaving van de regels. Dit zijn hulpmiddelen voor de handhavers. Daarnaast worden handhavers (politie én BOA's) voorzien van de nodige werkinstructies. Handhavers hebben altijd een eigen professionele beoordelingsruimte om te bepalen of handhavend optreden in een situatie nodig is en wat in die situatie een passende interventie is.

Casus:

Iemand heeft een medische behandeling waarbij het immuunsysteem is stilgelegd (bijvoorbeeld bij een MS-patiënt) en mag medisch gezien geen vaccinatie krijgen, maar mag wel deelnemen aan de samenleving. Betrokkene wil op een terras zitten, maar wordt niet toegelaten tot de lokaliteit voor toiletgebruik.

Vraag 4:

Kan dit worden opgelost met een verklaring van de dokter?

Antwoord:

Het RIVM geeft aan dat het aantal mensen dat (nog) niet (volledig) gevaccineerd kan worden beperkt is. Voor het overgrote deel van deze mensen is inmiddels een oplossing gevonden. Zo kan de groep die een allergische reactie had op de eerste vaccinatie, zich melden bij de huisarts voor een afspraak om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen. Ook zijn er mensen die moeten wachten totdat ze gevaccineerd kunnen worden vanwege een behandeling die zij ondergaan. De verwachting is dat deze groep steeds kleiner wordt. Indien iemand om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, kan een Coronatoegangsbewijs (Ctb) verkregen worden door middel van een negatief testbewijs of een herstelbewijs. Het is noodzakelijk om voor zowel de groep die uiteindelijk niet gevaccineerd kan worden als de groep die niet getest kan worden, een oplossing te vinden. Ik heb daarom de opdracht gegeven om een landelijk beoordelingsorgaan te organiseren, bestaande uit artsen en verpleegkundigen. Zij zullen bij de beoordeling of iemand zich vanwege een medische reden niet kan laten testen of vaccineren de benodigde medische informatie en expertise ophalen. De KNMG en de GGDHOR steunen deze route. Het is vanwege bescherming van de arts-patiënt relatie onwenselijk dat de beoordeling door de behandelend arts zelf wordt afgegeven. Mede de verbrede inzet van het coronatoegangsbewijs en ook de uitbreiding met 2G onderstrepen de noodzaak van deze uitzonderingsroutes. Anderzijds is het belangrijk in ogenschouw te houden dat het vaak gaat om kwetsbare mensen voor wie een besmetting met Covid ernstige gevolgen kan hebben. Betreffende de tijdslijn, zullen deze routes pas over enkele weken operationeel zijn.

3) Covid-maatregelen

Het OSF-fractielid heeft in het plenaire debat in de Eerste Kamer in juli 2021 via een motie 21 gepleit om gevaccineerden zoveel mogelijk te onttrekken aan Covid-maatregelen. Gevaccineerden zijn immers relatief veilig en goed beschermd tegen besmetting met en overdracht van het virus. Er is derhalve voor de overheid geen

reden om op grond van artikel 22 van de Grondwet voor hen substantiële vrijheidsbeperkende maatregelen te treffen.

Vraag 5:

Kunnen maatregelen voor gevaccineerden adviserend zijn en voor niet-gevaccineerden verplichtend?

Antwoord:

Zoals aangekondigd in mijn Kamerbrief van 12 november jl., werkt het Kabinet vanwege de verslechterde epidemiologische situatie, aan een spoedwetsvoorstel waardoor de toegang tot bepaalde aangewezen sectoren enkel mogelijk is voor personen die een geldig bewijs van vaccinatie of bewijs van herstel kunnen tonen. Ik streef ernaar om dit wetsvoorstel volgende week (week van 22 november) aan te bieden aan de Tweede Kamer. Een vorm waar maatregelen in eenzelfde setting voor ongevaccineerden verplichtend zijn en voor gevaccineerden slechts een advies, is naar verwachting niet werkbaar. Immers, doordat in deze setting niet bekend is wie wél, en wie níet is gevaccineerd, is dit onderscheid niet te maken. Daarmee zijn de dan geldende verplichtende maatregelen, voor slechts een bepaalde maar onkenbare groep, niet te handhaven.

Vraag 6:

Kan er een algemene regeling worden ingevoerd met hoge boetes (vanaf 1.000 euro) waarbij maatregelen verplichtend zijn voor iedereen met de restrictie dat deze niet gelden als er een QR-code kan worden getoond (omgekeerde bewijslast)?

Antwoord:

Vanuit het oogpunt van onschuldpresumptie kunnen boetes pas opgelegd worden als het strafbare feit is bewezen. Gelet hierop is een omgekeerde bewijslast zoals voorgesteld niet mogelijk.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge