

Vergaderjaar 2021–2022

35 971 **Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met uitbreiding van de tijdelijke regels om de inzet van coronatoegangsbewijzen te verbreden naar personen die arbeid verrichten en bezoekers (Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen)**

35 972 **Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met het schrappen van het instemmingsrecht van medezeggenschapsorganen van onderwijsinstellingen bij de inzet van coronatoegangsbewijzen in het beroepsonderwijs en het hoger onderwijs**

35 973 **Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met differentiatie in coronatoegangsbewijzen (Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen)**

Nr. 12

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 16 februari 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 17 januari 2022 inzake het rapport over de effectiviteit van verschillende toepassingen van het Coronatoegangsbewijs (Kamerstukken 35 971 en 35 972 en 35 973, nr. 11).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 februari 2022. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smal

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inleiding

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de feitelijke vragen over het onderzoeksrapport van de TU Delft e.a. dat 17 januari 2022 is uitgebracht over de effectiviteit van verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs (Kamerstukken 35 971, 35 972 en 35 973, nr. 12). Alvorens ik hieronder overga tot de beantwoording van de gestelde vragen, zal ik eerst een appreciatie geven van het onderzoeksrapport. De vragen staan in gewone typografie. Daarna zijn de antwoorden in een cursief lettertype geplaatst.

Algemeen

Het rapport van de TU Delft, UMC Utrecht, Populytics, Erasmus Universiteit Rotterdam en Erasmus MC naar de effectiviteit van het coronatoegangsbewijs (hierna: ctb) is in opdracht van mijn ambtsvoorganger opgesteld. Het rapport levert een belangrijke bijdrage aan het beleid omtrent de inzet van het ctb. Ik ben de onderzoekers daar dankbaar voor.

De conclusies van het rapport kan ik in grote lijnen onderschrijven. De onderzoekers zelf wijzen er wel op dat de interpretatie van de modeluitkomsten voorzichtigheid vereist. De modellen zijn immers simplificaties van de werkelijkheid. Trends en relatieve verschillen tussen verschillende vormen van het ctb, zoals 1G, 3G en 2G, zijn betrouwbaarder dan de exacte numerieke uitkomsten. In dit verband merk ik bijvoorbeeld op dat de modellen uitgaan van een reproductiegetal van 1,8 in januari 2022, het reproductiegetal is geen vast gegeven. Een ander voorbeeld van de simplificatie van de modellen is het onderscheid van de samenleving in slechts vier sectoren, te weten thuis, school, werk en overig. Deze onderverdeling is aanzienlijk grofmaziger dan waar het ctb kan worden ingezet volgens de huidige wettelijke kaders en volgens de wetsvoorstellen die thans bij uw Kamer aanhangig zijn. De uitkomsten van de modelstudie in januari 2022 gelden dus niet voor het maatregelenpakket dat eind januari 2022 van kracht was. Voorts is in het onderzoek uitgegaan van een optimale werking van het ctb. De praktijk kan anders zijn, bijvoorbeeld door compenserend gedrag van mensen. Niet gekeken is naar de effecten van andere maatregelen op de inzet van het ctb. Noch is gekeken naar vervolgeffecten zoals dat mensen die besmet zijn op een locatie daarna -veelal thuis zo blijkt uit de cijfers van het RIVM van de afgelopen twee jaar – anderen kunnen besmetten.

De aanbevelingen om het onderzoek periodiek te herhalen, actualiseren en te verfijnen, neem ik dan ook ter harte. Dit vergroot de actualiteitswaarde van de uitkomsten en maakt het mogelijk nog betere inschattingen te maken van de effectiviteit van de inzet van het ctb in verschillende vormen en uiteenlopende sectoren.

Op dit moment geldt dat in de huidige epidemiologische situatie, zo laat het rapport zien, het verschil tussen de effectiviteit van 2G en 3G zodanig klein is dat er geen noodzaak is voor een spoedige invoering van een regeling die de inzet van een coronatoegangsbewijs gebaseerd op 2G, mogelijk maakt. In mijn brief aan uw Kamer van 1 februari 2022 (Kamerstuk 35 973, nr. 8) heb ik uw Kamer dan ook in overweging gegeven om in afwachting van het vervolgonderzoek de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

Bescherming tegen infectie en ziekenhuisopnames in individuele setting (risico taxatiemodel)

Het rapport van de TU Delft e.a. laat zien dat het ctb een bijdrage kan leveren aan het beleid ter bestrijding van de epidemie van covid-19. De uitkomsten van het risico taxatiemodel laten zien dat de inzet van het ctb het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames voor degenen die aanwezig zijn op een locatie waar het ctb verplicht is, kan laten dalen. Ook met de omikronvariant is volgens het rapport de werking van ctb nog steeds goed zichtbaar (zie figuur 22 van het rapport).

Reductie van het reproductiegetal (next generation model)

Het onderzoek is, conform de brede opdracht, gericht op de effectiviteit van het ctb voor wat betreft het tegengaan van de verspreiding van het coronavirus. Daarvoor is in kaart gebracht wat in verschillende situaties de gevolgen zijn voor besmettingen, reproductiegetal en ziekenhuisopnames. Zoals reeds aangegeven zijn secundaire (en verdere) besmettingen niet meegenomen. Omdat wel blijkt dat inzet van ctb op locatie niveau leidt tot een kleiner risico op besmettingen en ziekenhuisopnames, zal deze inzet waarschijnlijk ook secundaire en tertiaire besmettingen voorkomen. Zo kan de bijdrage aan bijvoorbeeld het beschermen van kwetsbaren en het verminderen van druk op de zorg groter zijn dan nu verondersteld.

Gedrag

Uit het gedragsonderzoek blijkt dat 40% van de mensen die niet gevaccineerd zijn of een herstelbewijs hebben compenserend gedrag zal laten zien in de vorm van andere activiteiten met andere mensen als zij met 2G geen toegang zouden krijgen waarbij 60% aan geeft dat alleen met gezinsleden te doen. Dit zal effect hebben op de effectiviteit maar dit is niet in de modellen meegenomen. De groep niet geïmmuniseerden die zegt dat invoering van 2G een reden is om alsnog een vaccin te laten zetten is kleiner dan de toename in vaccinatieberedheid die in andere landen is aangetroffen. Ik merk op deze plaats op dat het bevorderen van de vaccinatiegrade of het nemen van het booster-vaccin nadrukkelijk geen doel van het ctb-beleid in Nederland is.

Concluderend

Alles overziend, stel ik vast dat het onderzoeksrapport van de TU Delft e.a. belangrijke inzichten biedt voor het beleid omtrent de huidige en toekomstige inzet van het ctb. Een goede afweging van moment en setting is daarbij van belang. Uit het rapport blijkt dat er ook Europees nog niet veel onderzoek naar ctb-beleid is gedaan. Er is – overeenkomstig de aanbevelingen – ruimte voor verbetering en verfijning van het onderzoek en is het wenselijk het onderzoek te actualiseren.

Het coronatoegangsbewijs is een tijdelijk instrument voor het bestrijden van deze pandemie. Het uitgangspunt van het ctb is vanaf aanvang geweest het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden. Ik concludeer dat het ctb meerwaarde kan hebben voor deze doelstellingen en dat een gericht wettelijke instrument ctb noodzakelijk is om paraat te hebben.

De waarde van het ctb is afhankelijk van de epidemiologische omstandigheden en de mate van immuniteit van de bevolking. De immuniteit heeft betrekking op de beschermende werking van vaccinatie en herstel en op het aandeel van de mensen dat deze bescherming heeft opgebouwd. Dit

zijn factoren die meegewogen worden bij volgende besluitvorming over de maatregelen in het kader van de bestrijding van de epidemie van covid-19.

Het OMT wordt daarbij gevraagd te adviseren en tevens wordt het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de «Trojka») meegewogen in de besluitvorming. De daadwerkelijke toepassing van het ctb vindt vervolgens plaats in een ministeriële regeling, die bij beide Kamers wordt nagehangen en die vervalt als uw Kamer op de in artikel 58c Wpg voorziene wijze besluit daarmee niet in te stemmen.

Vragen en antwoorden

1 Wat was de exacte vraagstelling van uw ministerie aan de onderzoekers?

De vraagstelling van het onderzoek was: Hoe effectief is het Corona Toegangs Bewijs (CTB), in verschillende varianten als 3G, 2G en 1G, aangevuld met het testen van iedereen voorafgaand aan toegang (1G), in het tegengaan van de verspreiding van het virus?

2 Hoe kijkt u naar de uitvoering, monitoring en controle in het geval van 2G en 3G, als het gaat om bijvoorbeeld de bekende afname in vaccin effectiviteit (VE) en de grote variabelen in immuniteitsgehalten bij herstel en herbesmetting?

De vaccineffectiviteit neemt naar verloop van tijd af. Hoewel de bescherming tegen ernstige ziekte nog steeds hoog is, zien we dat zowel een doorgemaakte infectie als een afgeronde basisserie allebei geen volledige bescherming bieden tegen SARS-CoV-2. Er is een risico op doorbraakinfecties, al lijkt de kans hierop met een boostvaccin kleiner te zijn.

Op basis van deze inzichten zijn binnen de Europese Unie afspraken gemaakt over de geldigheidsduur van een Digital Corona Certificate (DCC) dat gebaseerd is op een vaccinatie- (270 dagen= 180 dagen + 90 dagen inregeltijd) of een herstelbewijs (180 dagen). Bij de uitvoering, monitoring en controle van de ctb's is het voornemen om dezelfde geldigheid te hanteren.

3 Hoe kijkt u naar het feit dat 1G een grotere groep mensen op basis van een evenredig speelveld de mogelijkheid geeft tot (zo goed als mogelijk) veilige participatie, waar dat bij de andere varianten om een kleinere groep gaat? Is dit een factor die u in overweging neemt? Zo ja, hoe zwaar weegt dit?

In het rapport staat dat, op basis van de huidige epidemiologische omstandigheden, 1G een grotere, dempende impact heeft op de verspreiding van het virus, meer dan 3G en 2G. Zoals mijn ambtsvoorganger op 24 november 2021 aan uw Kamer heeft geschreven is de impact van 1G op de groep burgers die niet gevaccineerd of hersteld is gelijk aan 3G en veel kleiner dan 2G. Dat maakt 1G overigens niet veilig in absolute zin. Net als bij andere ctb modaliteiten gaat het om risicoreductie. Voor een grote groep burgers die reeds gevaccineerd of hersteld is, is 1G een extra last. De facto zal bij 1G de last op de bevolking groter zijn, hetgeen zich ook kan vertalen in minder deelname aan 1G-activiteiten. Daarnaast kent 1G een veel grotere uitvoeringslast en hogere kosten, omdat er meer getest moet worden dan bij 3G of 2G het

geval is. Het aantal testen dat nodig is voor een brede invoering van 1G is niet uitvoerbaar. 1G kan voor een select type activiteiten en locaties een oplossing zijn, vanwege het grotere effect op de verspreiding van het virus.

Overigens is het belangrijk te onderkennen dat er met betrekking tot individuele risico's geen evenredig speelveld is. Ook bij 1G geldt dat als iemand onverhoopt besmet raakt bij participatie, dan is de kans voor iemand die met een boost gevaccineerd is, of een recente doorgemaakte infectie heeft, om zelf ziek te worden en bijvoorbeeld de thuisomgeving ook te besmetten heel veel kleiner dan voor iemand zonder immuniteit.

4 Hoe apprecieert u het rapport, dan wel wanneer komt u met een appreciatie van het rapport?

Ik ben de onderzoekers dankbaar voor hun bijdrage aan dit belangrijke onderwerp, inclusief de aanvullende modellering op basis van de omikronvariant die op korte termijn is gerealiseerd. Ik kom alles overziend tot de conclusie dat het rapport een belangrijke bijdrage levert aan de epidemiologische onderbouwing van de inzet van het ctb. Hoewel de effectiviteit met de komst van de omikronvariant is verminderd, zorgt het ctb er nog steeds voor dat er veiliger kan worden versoepeld. Zeker bij een hoog aantal besmettingen, is het absolute aantal besmettingen en ziekenhuisopnames dat kan worden voorkomen groot. Als het aantal contacten in de samenleving toeneemt door verdere versoepelingen, dan kan de stijging in het aantal besmettingen worden beperkt met het ctb. De verdere inzet van het ctb, wordt bij ieder besluitvormingsmoment gewogen. Het OMT kan daarbij ook gevraagd worden te adviseren over de mate waarin de inzet van het ctb gegeven de epidemiologische omstandigheden noodzakelijk is.

5 Kan in grote lijnen worden aangegeven wat de economische-, maatschappelijke- en sociaalpsychologische effecten zijn van het geconstateerde gevolg van 2G «dat naar schatting tussen de 180.000 en 195.000 ongevaccineerde volwassen Nederlanders zeker minder contacten zullen hebben bij een invoering van 2G op de locaties waar midden november 2021 nog 3G van toepassing was.»?

Cijfers van het CBS laten zien dat de invoering van restrictieve maatregelen een dempend effect heeft op de economische groei.¹ Het is lastig om te herleiden wat de economische gevolgen van één specifieke maatregel zijn omdat er vaak meerdere restrictieve maatregelen tegelijkertijd worden ingevoerd. Het ligt in lijn der verwachting dat de invoering van 2G op de locaties waar in november 2021 nog 3G van toepassing was leidt tot een daling van de vraag in deze sectoren. Net als dat het te verwachten is dat bij 1G die gevolgen nog groter zullen zijn. Hoe groot die gevolgen zijn hangt af van diverse factoren. Enerzijds zullen met name mensen die ongevaccineerd én geen herstelbewijs hebben en zich niet of niet regelmatig willen laten testen minder komen. Anderzijds kan een deel van de bevolking zich door de invoering van 2G veiliger voelen en daarmee de vraag positief beïnvloeden. Van invloed hierop zijn de alternatieve maatregelen.

Het SCP laat in de Sociaal-maatschappelijke reflectie van 12 januari 2022 weten dat hoe restrictiever het maatregelenpakket is en hoe langer het voortduurt, hoe lager het (gemiddeld) psychisch welbevinden van burgers en hoe hoger de (gemiddelde) gevoelens van eenzaamheid.²

¹ Economische groei, CBS (Economische groei (cbs.nl))

² Sociaal maatschappelijke reflectie mogelijke maatregelen Covid-19, SCP (Sociaal-maatschappelijke reflectie mogelijke maatregelen COVID-19 | Brief | Rijksoverheid.nl)

6 Zijn er gegevens uit andere onderzoeken die de uitkomsten ten aanzien van de effectiviteit van 2G uit het rapport bevestigen, dan wel tegenspreken? Zo ja, welke zijn dat dan?

Uit dit onderzoek komt onder andere dat hoe breder ctb wordt ingezet, hoe effectiever het is. En dat de effectiviteit van ctb afhankelijk is van de epidemiologische situatie. Dat is in overeenstemming met eerdere modellering door TU Delft en OMT.

Uit de internationale vergelijking die bij dit onderzoek zit komen vergelijkbare resultaten.

Andere onderzoeken over de effectiviteit van 2G zijn voor zover bekend niet voorhanden.

7 Overweegt u naar aanleiding van het onderzoek, zolang varianten waarbij vaccins minder effectief blijken dominant zijn, te stoppen met het voorschrijven van coronatoegangsbewijzen (CTB's)?

De inzet van ctb's maakt het mogelijk om risico's bij de opening van delen van de samenleving te beperken. Uit het onderzoek blijkt dat ctb's het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames onder bezoekers van ctb-plichtige locaties verlagen, ook met de omikronvariant.

Dit is in overeenstemming met het OMT advies naar aanleiding van de 139^e bijeenkomst waarin het OMT adviseert versoepelingen gepaard te laten gaan met de inzet van ctb, omdat dit een bijdrage levert aan risicoreductie. Ik acht de inzet van ctb in deze fase van de pandemie nog noodzakelijk.

8 Klopt het dat u in uw laatste stand van zakenbrief COVID-19 het volgende schreef: «Het RIVM heeft op 28 december jl. een nieuwe rapportage gepubliceerd over de effectiviteit van de in Nederland gebruikte COVID-19-vaccins tegen ziekenhuis- en ic-opnames. De rapportage is bij deze brief gevoegd (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1717). In deze rapportage gaat het om de effectiviteit van de primaire vaccinatie tegen de tot dan toe dominante deltavariant. Nu inmiddels de omikronvariant dominant is, is er behoefte aan Nederlandse data over de effectiviteit van zowel de primaire vaccinatierreeks als de boostervaccinatie tegen ziekenhuis- en ic-opname door COVID-19. Het RIVM verwacht op 19 januari een volgend rapport te kunnen publiceren met recente data waarbij waarin het RIVM tevens onderscheid maakt tussen volledige vaccinatie met de basisserie en boostervaccinatie. Dit rapport zal ik na publicatie aan uw Kamer sturen. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging aan uw Kamer over het inzichtelijk maken van de implicaties van de omikronvariant voor de vaccineffectiviteit.»?

Klopt het dat hieruit moet worden geconcludeerd, dat als het gaat om de nieuwe doorrekening van de CTB-modaliteiten, de Technische Universiteit (TU) Delft rekende met een effectiviteit van vaccinatie tegen ziekenhuis- en ic-opname door COVID-19 die gebaseerd is op de deltavariant? Zo ja, aangezien de effectiviteit van de vaccins per variant afneemt, kan dan worden geconcludeerd dat de effectiviteit van de CTB-modaliteiten minder is voor de omikronvariant dan deze doorrekening? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zijn deze doorrekeningen dan waard? Welke conclusies kunnen er dan nog uit getrokken worden?

Ik heb deze passage inderdaad opgeschreven in de stand van zakenbrief van 14 januari. Het oorspronkelijke onderzoek van de TU Delft e.a. was ten tijde van de deltavariant. Die uitkomsten zijn geactualiseerd (zie hoofdstuk 7) aan de hand van de omikronvariant. Dit is gebeurd op verzoek van mijn ministerie. De effectiviteit van vaccinatie tegen ziekenhuisopnames is geschat op basis van data uit het buitenland.

9 Bent u bekend met de uitspraak van uw voorganger, gedaan tijdens een coronapersconferentie: «Door vaccinatie of door een corona-infectie hebben inmiddels de meeste mensen immuniteit tegen het virus opgebouwd. Nu nog hebben 1,2 miljoen mensen geen bescherming opgebouwd tegen corona, maar aan het einde van deze winter is iedereen waarschijnlijk wel beschermd: door vaccinatie óf door het virus op te lopen.»? Bent u bekend met de peiling van de heer De Hond dat 40 procent van de ongevaccineerden corona heeft gehad? Hoe snel gaat de omikronvariant nu rond onder ongevaccineerden? Hoeveel ongevaccineerden die geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt denkt u dat er nu nog zijn? Hoeveel ongevaccineerden die geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt denkt u dat er over een maand en over twee maanden zijn? Vindt u, dat nu de groep ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt met de snelle verspreiding van de omikronvariant snel slinkt, de doorrekening van de CTB-modaliteiten ook steeds binnen enkele weken weer achterhaald zal zijn? Zo nee, waarom niet? Zo ja, dan kunt u dan op dit soort variabelen vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen baseren?

De uitspraak van mijn ambtsvoorganger was gebaseerd op data van het OMT. Vanzelfsprekend is die data per dag aan verandering onderhevig. Zo zijn er nog steeds mensen die hun eerst volledige vaccinatie halen. Zo zijn er sindsdien miljoenen boost prikken gezet waardoor de bescherming voor die mensen is toegenomen. En zo zijn er, zeker de afgelopen weken, heel veel mensen besmet geraakt, zowel native (1^e) besmettingen als herbesmettingen of doorbraak bij alleen een eerste vaccinatieronde. Wat er de afgelopen weken met de omikronvariant hebben gezien is dat een eerdere infectie – net als een oudere vaccinatie – een afnemend verloop van bescherming kent. Daarom is er ook een eindtermijn aan een herstelbewijs binnen het ctb. Zowel de aantallen mensen die een bescherming hebben en de effectiviteit daarvan is een telkens veranderend gegeven. Het onderzoek laat zien dat de exacte effectiviteit van het ctb afhankelijk is van de epidemiologische omstandigheden van dat moment. Daarom is het advies van de onderzoekers om eens in de 3 à 4 weken nieuwe berekeningen met actuele data met de modellen te doen. Ik ben voornemens dat advies op te volgen.

10 Hoe lang duurt het nog voordat groepsimmuniteit wordt bereikt?

Op deze vraag is geen simpel antwoord mogelijk. Als groepsimmuniteit wordt gedefinieerd als voldoende immuniteit in de bevolking door hetzij vaccinatie, hetzij een doorgemaakte besmetting om zonder ingrijpende maatregelen te kunnen, dan bereiken we dit als voor een bepaalde variant zo'n 90–95% van de bevolking immuun is. Hoe lang dat duurt is niet te zeggen, de verwachting is wel dat de piek van de besmettingen met de omikronvariant begin maart zal liggen. Indien een andere variant zich onttrekt aan de opgebouwde immuniteit, moet daartegen opnieuw immuniteit opgebouwd worden.

11 Als de vaccinatiegraad en het aantal mensen dat een natuurlijke infectie heeft gehad groeit, dan wordt het effect van de CTB-modaliteiten toch steeds kleiner? Ook dat gegeven maakt deze doorrekeningen van de TU Delft toch een momentopname? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u daar dan wel beleid op baseren en zulke vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen?

De effectiviteit van het ctb, wordt voor een belangrijk deel bepaald door het verschil in immuniteit tussen de groep die wel en geen toegang krijgt. Naarmate dat verschil kleiner wordt, wordt de effectiviteit minder groot. Immuniteit is echter niet absoluut, en neemt af over tijd. Het is daarom

niet zomaar te zeggen dat de effectiviteit van het ctb kleiner wordt als er meer mensen besmet raken. Voor een goede inschatting van de effectiviteit van het ctb, moet de gehele epidemiologische situatie worden meegenomen in de belangenafweging. Dat is ook gebeurd in het laatste besluitvormingsmoment van 25 januari jl. De aanbeveling van de onderzoekers om het model met enige regelmaat te doorlopen, neem ik over.

12 Wanneer beantwoordt u de Wet openbaarheid van bestuur (WOB)-verzoeken van GeenStijl over het achterhouden van een kritisch adviesrapport over 2G?

Het Wob-verzoek over de nazending van het advies van de Raad voor de Rechtspraak naar de Tweede Kamer dat op 29 december 2021 bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is ingediend, is in behandeling genomen en het streven is om binnen de wettelijke beslistermijn van acht weken daarop een beslissing te nemen.

13 Wilt u nog steeds beleid voeren op het reduceren van de verspreiding van het virus (flatten the curve), gezien het toepassen van CTB-modaliteiten slechts een beperkt effect heeft op het reduceren van de verspreiding van het virus in de samenleving? Zo ja, kan dat wel, nu corona endemisch is geworden en de omikronvariant zo besmettelijk is dat er weldra 100.000 positieve tests per dag worden verwacht? *Het ctb is een tijdelijk instrument voor het bestrijden van deze pandemie. Het doel van het ctb is vanaf aanvang geweest het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden, gelet op de epidemiologische situatie van dat moment. Het ctb is een middel om de snelheid van de verspreiding van het coronavirus af te remmen, daarmee de overbelasting van de zorg tegen te gaan en kwetsbare mensen in de samenleving te beschermen en sectoren die nu (gedeeltelijk) gesloten moeten blijven, of anders gesloten hadden moeten worden, weer (geleidelijk) op een veilige manier te kunnen heropenen danwel open te houden. Zeker bij hoge besmettingsaantallen is het absolute aantal besmettingen dat per dag kan worden voorkomen met de inzet van het ctb groot. Relatief is het aandeel minder groot.*

14 Waarom wordt in alle doorrekeningen van de CTB-modaliteiten uitgegaan van het invoeren van CTB's op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school? Bent u voornemens 2G toe te gaan passen in werksetting, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen? Hoe verhoudt dit zich tot de uitspraak van uw voorganger tijdens het coronadebat van 16 november 2021: «Je zult, als je kijkt naar die hoogrisicosettings ... Want 2G is geen optie voor werk. 2G is geen optie voor de detailhandel. Dat moet je niet willen. Het moet echt gaan over een hoogrisicosetting. Laten we even de discotheek als voorbeeld nemen.»? Overweegt u 2G-maatregelen op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school zoals werk, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen, gezien in een optimale situatie het invoeren van 2G op alle andere locaties dan school en thuis (denk aan werk, horeca en supermarkten) in januari 2022 kan leiden tot een 16,0% reductie van het R?

De locaties zijn gekozen door de onderzoekers en zijn niet ingegeven door beleidswensen vanuit het ministerie. In het onderzoek is onderscheid gemaakt tussen thuis, school, werk en overig. Een verdere onderverdeling bleek niet haalbaar.

Het kabinet is niet voornemens 2G toe te passen in werksettings, winkels, supermarkten en sportscholen. Het wetsvoorstel Tijdelijke wet differen-

tatie coronatoegangsbewijzen maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling het instrument van het 2G-ctb in te zetten op de terreinen van cultuur, evenementen, horeca en niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen, zoals pretparken en dierentuinen. De detailhandel, waaronder supermarkten en winkels, en ook sporten vallen buiten de reikwijdte van dat wetsvoorstel. Het wetsvoorstel maakt de inzet van het 2G-ctb in de genoemde sectoren, waaronder de horeca, mogelijk, mits voldaan wordt aan de algemene waarborgen van artikel 58b, tweede lid, Wet publieke gezondheid (Wpg), de specifieke waarborgen die aan de inzet van een ctb in algemene zin zijn gesteld in de artikelen 58ra en 58rb Wpg, en de specifieke voorwaarden voor de inzet van een 2G-ctb die in het wetsvoorstel in het voorgestelde artikel 58raa Wpg zijn geformuleerd. Tevens is in de memorie van toelichting van dat wetsvoorstel aangegeven dat de inzet mogelijk is in hoogerisico-omgevingen waarin het risico op transmissie relatief hoog is. In het wetsvoorstel is immers bepaald dat het 2G-ctb alleen kan worden ingezet als de transmissie van het SARS-CoV-2-virus, gelet op de wijze van samenkomst van personen, met het oog op de gevolgen voor de volksgezondheid onvoldoende kan worden tegengegaan wanneer een 3G-ctb zou worden ingezet. De inzet van een 2G-ctb op het werk wordt daarnaast expliciet uitgesloten met het wetsvoorstel Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen.

Ik heb uw Kamer in overweging gegeven om de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

15 Overweegt u 2G-maatregelen op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school zoals werk, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen, gezien uit het onderzoek blijkt dat het effect op het reproductiegetal van CTB-modaliteiten groter is naarmate het op meer locaties wordt toegepast?

Er is op dit moment geen reden voor het kabinet om sectoren toe te voegen aan de sectoren die zijn genoemd in het wetsvoorstel Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen. Dat wetsvoorstel maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling het instrument van het 2G-ctb in te zetten op de terreinen van cultuur, evenementen, horeca en niet-essentiële dienstverlening op publieke plaatsen.

Ik heb uw Kamer in overweging gegeven om de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

16 Waarom heeft u tijdens de persconferentie aangegeven dat 2G in ieder geval op de lange termijn absoluut gaat helpen bij het openen, sneller openen en langer openhouden, terwijl in alle voorbeelden uit dit rapport blijkt dat toepassing van CTB slechts een beperkt effect? Klopt het dat in de laatste coronabrief van u te lezen is dat u ten tijde van deze persconferentie de conceptversie van deze doorrekening van de TU Delft al had? Zo ja, waarom zei u dit dan?

In de persconferentie is niet gesteld dat 2G nodig is voor het openen van de samenleving. Wel heeft de premier in de persconferentie gezegd dat hij dacht dat 2G nodig is voor in de gereedheidskist, zeker voor op de lange termijn.

Ten tijde van deze persconferentie (d.d. 14 januari 2022) had ik geen kennis genomen van de conceptrapportage van dit rapport. De onderzoekers hadden eind 2021 een conceptversie van het rapport opgeleverd op basis van de deltavariant. Vanaf 10 januari hebben zij die resultaten op basis van de omikronvariant geactualiseerd en op 17 januari is het rapport vastgesteld, waarna ik u het rapport per ommegaande toezond.

Ik kom alles overziend tot de conclusie dat het rapport een belangrijke bijdrage levert aan de epidemiologische onderbouwing van de inzet van het coronatoegangsbewijs. Hoewel de effectiviteit met de komst van de omikronvariant is verminderd, zorgt het ctb er nog steeds voor dat er veiliger kan worden versoepeld. Zeker bij een hoog aantal besmettingen, is het absolute aantal besmettingen en ziekenhuisopnames dat kan worden voorkomen groot. Als het aantal contacten in de samenleving toeneemt door verdere versoepelingen, dan kan de stijging in het aantal besmettingen worden beperkt met het ctb. De inzet van het ctb, wordt bij ieder besluitvormingsmoment gewogen. Het OMT kan daarbij ook gevraagd worden te adviseren over de mate waarin de inzet van het ctb gegeven de epidemiologische omstandigheden noodzakelijk is.

17 Kunt u aangeven wat het effect is van elke maatregel afzonderlijk, aangezien in november 2021 in Nederland zowel de besmettingen met SARS-CoV-2 als de ziekenhuisopnames vanwege COVID-19 sterk toenamen en om beide te verminderen, er tal van maatregelen zijn genomen om de verspreiding van het coronavirus SARS-CoV-2 in te dammen?

Het is niet mogelijk de effectiviteit van elke maatregel afzonderlijk weer te geven. Daarbij geldt dat elke maatregel op zichzelf misschien geen heel groot effect heeft, maar samengenomen als pakket wel degelijk effectief is.

18 Wat is op dit moment de immuniteitsgraad (vaccinatiegraad + percentage van de bevolking dat infectie heeft doorgemaakt)?

Uit de PIENTER-studie, een studie die onderzoek doet naar antistoffen in de Nederlandse bevolking zijn geen heel actuele data te verkrijgen. De laatste ronde dateert van november en de volgende ronde gaat in maart lopen. Voor de modellering voor het OMT wordt gewerkt met de vaccinatiegraad en een inschatting van het percentage dat een besmetting heeft doorgemaakt, op basis van het aantal positief getesten.

19 Wat is het percentage van de bevolking dat in de afgelopen weken geïnfecteerd is met de omikronvariant?

Vanaf 1 januari hebben rond de miljoen mensen een positieve testuitslag gehad bij de GGD. Omdat niet iedereen met klachten zich laat testen en niet iedereen klachten krijgt is dat een onderschatting van het daadwerkelijke aantal mensen dat in de afgelopen weken geïnfecteerd is met de omikronvariant. Hierbij gaat het om zowel eerste (naïef) besmettingen als om doorbraak besmettingen bij mensen met een eerdere infectie of (volledige) vaccinatie.

20 Wat is de meest recente informatie over de werking van de booster-vaccins tegen besmetting en ziekenhuisopnames?

Op 19 januari jl. heeft het RIVM een nieuwe rapportage gepubliceerd over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuis- en IC-opname. Uit deze rapportage komt naar voren dat boostvaccinatie leidt tot een absolute toename van de vaccineffectiviteit van 12 procentpunt tegen ziekenhuisopname in vergelijking met de basisvaccinatie (97% vs. 85%). Dit betekent dat de kans op ziekenhuisopname na een boostvaccinatie 5 keer kleiner is dan wanneer je alleen de basisserie hebt afgerond. De kans om met het coronavirus in het ziekenhuis opgenomen te worden was na boostvaccinatie 33 keer lager dan wanneer je niet gevaccineerd was. Voor opname op de IC was die kans na een booster 50 keer zo klein ten opzichte van niet gevaccineerd zijn en 4 keer zo klein ten opzichte van alleen de basisserie.

Het is belangrijk om hierbij aan te geven dat de meeste ziekenhuisopnames in de afgelopen weken nog veroorzaakt werden door de deltavariant. Van 15 december tot en met 19 januari was 9,4% van de ziekenhuisopnames met de omikronvariant. Een studie uit het Verenigd Koninkrijk laat daarnaast zien dat de bescherming meer dan 25 weken na de basisserie ongeveer 45% is. Twee tot vier weken na een booster is deze bescherming opnieuw zo'n 90%. Meer dan 10 weken na de booster is de bescherming ongeveer 83%.

De bescherming van de huidige vaccins tegen infectie met de omikronvariant is beperkt. Na een boost is de bescherming tegen infectie in de eerste maand ongeveer 65–75%. Na meer dan twee maanden neemt deze bescherming af naar ongeveer 40–50%. Het is belangrijk om hierbij te vermelden dat de schattingen nog uiteenlopen en dat voor een meer precieze duiding aanvullende wetenschappelijke analyses nodig zijn.

21 Wat is de verwachte werking van de boostervaccins tien weken na vaccinatie?

Een recente publicatie uit het Verenigd Koninkrijk laat zien dat de boostervaccinatie een vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname van ongeveer 83% biedt.³

22 Welke conclusie trekt u uit het rapport, nu blijkt dat een zeer ingrijpende maatregel (qua burgerrechten) nauwelijks effect heeft in het beteugelen van de pandemie en nu de omikronvariant zoveel milder is dan eerdere varianten?

Ik kom alles overziend tot de conclusie dat het rapport een belangrijke bijdrage levert aan de epidemiologische onderbouwing van de inzet van het coronatoegangsbewijs. Hoewel de effectiviteit met de komst van de omikronvariant is verminderd, zorgt het ctb er nog steeds voor dat er veiliger kan worden versoepeld. Zeker bij een hoog aantal besmettingen, is het absolute aantal besmettingen en ziekenhuisopnames dat kan worden voorkomen groot. Als het aantal contacten in de samenleving toeneemt door verdere versoepelingen, dan kan de stijging in het aantal besmettingen worden beperkt met het ctb. De verdere inzet van het ctb, wordt bij ieder besluitvormingsmoment gewogen. Het OMT kan daarbij ook gevraagd worden te adviseren over de mate waarin de inzet van het ctb gegeven de epidemiologische omstandigheden noodzakelijk is

23 Wat is uw laatste schatting over de mortaliteit Infection Fatality (IFR) en RateCase Fatality Rate (CFR)) van de omikronvariant, gezien in het rapport alleen gekeken wordt naar de besmettelijkheid en niet aan de mortaliteit?

Er zijn nog geen schattingen te maken van de IFR en de CFR van de omikronvariant, daarvoor is het nog te vroeg.

24 Heeft u een operationele inschatting van de mogelijkheden om 1G in te voeren? Aan welke testcapaciteit moet dan gedacht worden? Hoe lang duurt het om deze te hebben?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact op het reproductiegetal als het breed wordt ingezet; in alle ctb-sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. In de brief 1G overwegingen van mijn ambtsvoorganger wordt voorgerekend dat afhankelijk van de methode van schatten dat dat tussen

³ COVID-19 vaccine surveillance report – week 3 (publishing.service.gov.uk)

de ca 30 en 47 mln. testen per week kan opleveren tegen respectievelijk € 545 mln. en € 829 mln. aan kosten per week.⁴

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij twee redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijvers. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. Daarboven gaan GGD'en en SON concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputtelijk. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen. Wanneer 1G bijvoorbeeld alleen bij hoog-risico evenementen en activiteiten ingezet wordt, is het volgens SON misschien wel haalbaar met de huidige testcapaciteit, afhankelijk van de afbakening van de inzet.

25 Betekent het feit dat er, zoals in andere landen wel het geval is, geen schatting in de studie is opgenomen van de mensen die zich alsnog laten vaccineren (of boosten) bij 2G-beleid of bij een bredere toepassing van 3G-beleid, dit expliciet niet de bedoeling is van het 2G/3G-beleid?

Ja, het doel van het ctb is niet het verhogen van de vaccinatiegraad. Als mensen zich door het ctb alsnog laten vaccineren, is dat vanuit epidemiologisch perspectief wel een positief neveneffect.

26 In hoeverre is in dit onderzoek gekeken naar de veiligheid van de verschillende settings (met andere woorden, in een modaliteit van 2G zal er geen of nauwelijks een besmetting plaatsvinden die een ziekenhuisopname tot gevolg heeft)?

Met het Risico Taxatie Model kan de relatieve veiligheid van locaties met en zonder ctb worden ingeschat. Daarin is ook gekeken naar de mate waarin het ctb bijdraagt aan de reductie in ziekenhuisopnames. (zie paragraaf 6.2 en 7.3).

27 Is het terugdringen van het reproductiegetal van de omikronvariant tot onder de 1 nog steeds het doel van de CTB-modaliteiten? Zo nee, wat is dan het doel?

Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer op te houden. Als het reproductiegetal rond de 1 is, kan het ctb het verschil tussen exponentiële groei of exponentiële daling betekenen. Als het reproductiegetal ver boven de 1 is, kan de inzet van een ctb ervoor zorgen dat het aantal besmettingen minder snel stijgt dan zonder de inzet van een ctb. Zeker bij hoge besmettingsaantallen is het absolute aantal besmettingen dat kan worden voorkomen met de inzet van een ctb groot.

28 Wat is het belang om in te zetten op het terugdringen van het reproductiegetal tot onder de 1 nu blijkt dat de omikronvariant minder

⁴ Kamerstuk 25 295, nr 1557.

ziekmakend is, leidt tot fors minder ziekenhuisopnames en corona de endemische fase heeft bereikt?

Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden. Als het reproductiegetal rond de 1 is, kan het ctb het verschil tussen exponentiële groei of exponentiële daling betekenen. Als het reproductiegetal ver boven de 1 is, kan ctb-beleid ervoor zorgen dat het aantal besmettingen minder snel stijgt dan zonder ctb-beleid. Zeker bij hoge besmettingsaantallen is het absolute aantal besmettingen dat kan worden voorkomen met ctb-beleid groot.

Het RIVM en de WHO geven aan dat het echt nog te vroeg is om corona als iets endemisch of als griep te beschouwen. Bovendien is een ziekte in de endemische fase niet per definitie onschadelijk, zoals endemische ziektes als malaria aantonen. Ik vind het daarom op dit moment niet verantwoord om alle maatregelen los te laten.

29 Komt er nog een beschouwing op de ethische wenselijkheid of de uitvoerbaarheid van de verschillende opties?

Bij de inzet van de verschillende vormen van het ctb hebben we te maken met epidemiologische, juridische, ethische en uitvoeringstechnische argumenten en belangen. Bij de daadwerkelijke inzet van het ctb zal aan de hand van die argumenten, afgezet tegen de actuele epidemiologische en maatschappelijke omstandigheden, in concreto moeten worden gemotiveerd dat aan de eisen ter rechtvaardiging van de beperking van grond- en mensenrechten wordt voldaan.

30 Met welke vaccinatie effectiviteit (VE) tegen besmetting is gerekend en welke VE tegen besmetting is er na een boostervaccinatie?

Voor de modellering in november op basis van de deltavariant is er gerekend met een relatieve reductie van 50% voor transmissie en 50% relatieve reductie in vatbaarheid.

Voor de modellering in januari op basis van de omikronvariant is er voor gevaccineerden (zonder boost) gerekend met een relatieve reductie van 37% voor transmissie en 20% relatieve reductie in vatbaarheid.

Voor de modellering in januari op basis van de omikronvariant is er voor gevaccineerden met boost gerekend met een relatieve reductie van 50% voor transmissie en 50% relatieve reductie in vatbaarheid.

31 CTB-modaliteiten zouden toch ingezet worden juist om andere maatregelen, zoals afstand houden en een lagere bezettingsgraad van locaties, te kunnen laten vervallen? Zijn de CTB-modaliteiten doorgerekend in combinatie met andere maatregelen, zoals de basismaatregelen?

In het licht van de omikronvariant die besmettelijker is dan eerdere varianten van het SARS-CoV-2 virus en de epidemiologische situatie moet de inzet van een ctb als alternatief voor andere maatregelen opnieuw worden gezien. Het OMT adviseert in het 139^e advies om ook aanvullende maatregelen te hanteren om de risico's op verdere openstelling te mitigeren. In de modellering is gebruik gemaakt van een contactmatrix, die is opgebouwd met de hoeveelheid contacten die een individu heeft. Een contact zoals verondersteld in de modellering is in feite een contacteenheid. Deze contacten vinden plaats onder verschillende omstandigheden die van invloed zijn op het besmettingsrisico. Hierdoor is het mogelijk te modelleren met het aantal contacten en het besmettingsrisico per contact.

In het onderzoek zijn de ctb vormen niet doorgerekend in combinatie met andere maatregelen.

32 Is de primaire doelstelling van een eventuele invoering van het CTB het voorkomen van besmettingen? Zo ja, in welk scenario zou dan te verklaren zijn om niet de aangetoonde meest effectieve vorm (1G) te hanteren?

De primaire doelstelling van ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden dan gegeven de epidemiologische omstandigheden mogelijk zou zijn. Het ctb maakt locaties en activiteiten veiliger dan zonder het gebruik van ctb, waarbij er altijd restrisico's zullen blijven bestaan. Restrisico's zijn er bij de inzet van het ctb in alle verschillende modaliteiten (3G, 2G, 1G). De restrisico's bij 1G zijn, gegeven de huidige epidemiologische omstandigheden, kleiner dan bij 3G en 2G. De afweging welke modaliteit wordt ingezet, vraagt een brede afweging, waarbij verschillende betrokken belangen bij ieder besluitvormingsmoment worden meegewogen.

33 Hoe duidt u de conclusie dat 1G in mindere mate afhankelijk is van de immuniteit van participanten? Ziet u hierin mogelijkheden voor een grotere groep mensen in vergelijking met de andere varianten?

De inzet van 1G kent een veel grotere uitvoeringslast en hogere kosten, omdat er meer getest moet worden dan bij 3G het geval is. Het aantal testen dat nodig is voor een brede invoering van 1G is niet uitvoerbaar. 1G kan voor een select type activiteiten en locaties een oplossing zijn, vanwege het grotere effect op de verspreiding van het virus. De inzet van 1G of 3G wordt in zijn totaliteit afgewogen.

34 Hoe kijkt u naar situaties in het scenario van 2G en 3G, op basis van het feit dat niet iedereen – door eigen keuze of enige vorm van beperking – in staat is geweest om immuniteit op te bouwen?

Het kabinet heeft iedereen de kans gegeven om met vaccinaties immuniteit op te bouwen. Daarnaast kunnen mensen bij 3G toegang verkrijgen op grond van een negatieve testuitslag. Het 2G wetsvoorstel (waardoor testen als optie afvalt) is nog onderwerp van bespreking in de Tweede Kamer. Momenteel is er dus geen wettelijke grond om mensen die zich om medische redenen niet kunnen laten vaccineren een tijdelijke QR-code te verstrekken. Wel is het mogelijk voor mensen die zich niet kunnen laten testen (motie Bikker). Het is de verwachting dat dit eind februari mogelijk wordt. Om mensen, die om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden te kunnen ontheffen voor testen voor toegang, vraagt een wetswijziging in de wet publieke gezondheid. Deze wijziging zit in het wetsvoorstel Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen, die momenteel in behandeling is bij de Tweede Kamer.

Voor het kleine aantal mensen die nog helemaal geen immuniteit tegen het SARS-CoV-2 virus hebben, is het juist van belang dat zij veilig een event kunnen bezoeken. Op basis van het Risico Taxatie Model is voor verschillende scenario's in beeld gebracht dat zowel 2G als 3G een bijdrage kunnen leveren in het verhogen van de individuele veiligheid om een event bij te wonen.

35 Hoe verschilt het effect van 1G op de ziekenhuisopnames in het onderzoek van de TU Delft uit november 2021 en dit onderzoek?

In het model van november, is uitgegaan van het theoretische geval dat er een evenement met 100.000 bezoekers wordt georganiseerd, en het aantal besmettingen dat daaruit voort zou komen. In het Risico Taxatie Model uit

dit onderzoek, is gekeken naar de relatieve afname in het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames van verschillende ctb-modaliteiten. De modellen hanteren een andere uitkomstmaat, en zij daarom niet 1-op-1 vergelijkbaar.

36 Zou 1G ook zonder de hoge boostervaccinatiegraad ervoor hebben gezorgd hebben dat substantieel meer contacten mogelijk zouden zijn geweest?

1G is in mindere mate afhankelijk van de immuniteit van de bevolking. De boostvaccinatiecampagne draagt, los van de inzet van 1G, bij aan de reductie van verspreiding van het virus en het voorkomen van ernstige ziekte. Dit geldt zowel voor contacten thuis, als op school en op werk, waar het ctb op dit moment niet geldt. Met 1G kan het effect van de boost niet worden vervangen. Met 1G en de boostvaccinatiecampagne zijn meer contacten mogelijk dan met 1G zónder boostvaccinatiecampagne.

37 Is bij het gedragsonderzoek het design van «stated preference» gebruikt?

Ja, in het gedragsonderzoek is gebruik gemaakt van stated preference design. De onderzoekers noemen op pagina 11 wat de kanttekeningen zijn van deze methode. «Een kanttekening die we bij deze resultaten moeten maken is dat de vraagstelling die we hebben gebruikt niet zo geavanceerd is als de vraagstelling in een discrete keuze-experiment waarmee accuratere schattingen kunnen worden gemaakt. Een dergelijk experiment is bijvoorbeeld gedaan in november 2020 en op basis van dat experiment werd vastgesteld dat 87% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder een vaccin zou nemen met weinig ernstige bijwerkingen en een effectiviteit van (minimaal) 90% (Mouter et al., 2022). Ook uit dat onderzoek bleek dat de vaccinatiebereidheid van ouderen hoger is dan onder jongeren. Een andere opmerking die belangrijk is om in het achterhoofd te houden is dat er op het moment van het gedragsonderzoek nauwelijks informatie bekend was over de omikronvariant en dat de vaccins minder goed beschermen tegen infectie met de omikronvariant. Dit kan ervoor zorgen dat de uiteindelijke boosterbereidheid (per leeftijdsgroep) afwijkt van de schattingen die hierboven zijn getoond.»

38 Zijn de 500 personen die niet gevaccineerd zijn, en geselecteerd zijn voor het gedragsonderzoek, ongevaccineerd omdat ze niet gevaccineerd kunnen worden, omdat zij niet gevaccineerd willen worden of omdat zij hersteld zijn? Kan in kaart gebracht worden welke invloed deze verschillen kunnen hebben op de uitkomst van het onderzoek?

In het onderzoek is gevraagd waarom mensen zich nog niet hebben laten vaccineren (zie de laatste bijlage van het onderzoek). Mensen konden bijvoorbeeld aangeven als reden: «Ik ben al besmet geweest, en verwacht niet nog een keer besmet te raken» en «Ik heb een ziekte (bijvoorbeeld een auto-immuunziekte) waardoor bij mij het vaccin niet werkt». Ook konden ze aangeven dat ze niet van plan zijn om zich te laten vaccineren. Het is onduidelijk wat de invloed zou kunnen zijn op de uitkomst van het onderzoek.

39 Wat is uw reactie op de resultaten van het gedragsonderzoek waaruit blijkt dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft, zelfs groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?

Hiervoor is op basis van dit onderzoek geen verklaring voor te geven. De uitkomst benadrukt het belang om bij de inzet van ctb een zorgvuldige belangenafweging te maken. Uit andere studies komt naar voren dat gebruik van een ctb niet zoveel invloed heeft op de vaccinatiegraad als deze al hoog is (zie het voorbeeld van Duitsland op pagina 20), maar dat dit bijeffect vooral groot is bij een lage vaccinatiegraad.

40 Wat houdt «niet of nauwelijks» stijging in?

Bij een reproductiegetal (R) rond de 1,0 zijn ctb's van belang omdat daarmee exponentiële groei kan worden voorkomen. Bij een reproductiegetal ruim boven 1,0 helpen ctb's om een verdere stijging te beperken. In de geschetste situatie (omikronvariant is dominant; R is rond de 1,8; meer dan de helft van de volwassenen heeft een boostervaccin genomen en Nederlanders hebben de helft van het aantal contacten dat ze zouden hebben zonder een pandemie) is te zien dat versoepelingen (= toename van het aantal contacten) mogelijk zijn met een beperkte stijging of daling van het reproductiegetal door de brede inzet van 1G ctb.

41 Wat kunnen de uitkomsten van het gedragsonderzoek vertellen over de inzet van een mix van verschillende CTB-regimes, bijvoorbeeld 1G in de horeca en 2G bij grote evenementen?

Op basis van het Risico Taxatie Model, is een inschatting te maken van het effect op besmettingen en ziekenhuisopnames op die locatie. Als verschillende ctb-modaliteiten voor verschillende sectoren worden ingezet, zal het effect op het reproductiegetal tussen de effecten van de verschillende modaliteiten inzitten. In zijn algemeenheid heeft de inzet van ctb meer effect bij meer risicovolle contacten.

42 Klopt het dat het verschil tussen 2G en 3G bij deze aannames 0,7% is (in een optimale situatie kan het invoeren van 2G op alle andere locaties dan school en thuis (denk aan werk, horeca en supermarkten) in januari 2022 leiden tot een 16,0% reductie van het reproductiegetal, en bij 3G is dit 15,3%»)?

Ja, dat klopt onder deze aannames. Onder andere epidemiologische omstandigheden kan dit verschil anders uitpakken.

43 Begrijpt u de grote groep Nederlanders (vaak jonger dan 60 jaar) die reeds een of twee keer gevaccineerd zijn, maar twijfelen over het halen van de boosterprik? Is het echt noodzakelijk dat deze relatief jonge groep Nederlanders, met een kleine kans op ziekenhuisopname, kiezen voor de boosterprik?

Ik begrijp dat mensen twijfelen over de boostervaccinatie. Toch heeft een booster ook voor deze groep meerwaarde. De omikronvariant verspreidt zich enorm snel. De kans dat iemand besmet raakt neemt daarmee toe. Met de boostprik proberen we de effecten van deze snelle verspreiding zoveel mogelijk tegen te gaan. Een boostervaccinatie verkleint zowel de kans op besmetting met de omikronvariant als ziekenhuisopname. Zo beschermen jongvolwassenen niet alleen zichzelf, maar ook de mensen om zich heen. Ook kwetsbare mensen. Wanneer je niet besmet raakt, kun je het virus ook niet aan anderen doorgeven. Door het aantal besmettingen te beperken, voorkomen we dat er meer mensen in de ziekenhuizen komen dan de zorg aan kan.

44 Wat is de consequentie van het voornemen tot de voortzetting van de CTB's nu blijkt dat op dit moment ruim 6,5 miljoen volwassen Nederlanders de boosterprik niet hebben gehaald? Wat te doen met de door uw voorganger genoemde datum van 1 februari 2022 waarop alle coronatoe-

gangsbewijzen ouder dan negen maanden zouden vervallen indien er niet een derde prik gehaald is?

Het kabinet heeft op 24 januari een wijzing van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 naar uw Kamer gestuurd waarin dit voornemen wordt bekrachtigd (Kamerstuk 25 295, nr. 1741). Op 28 januari heb ik uw Kamer, gelet op de door uw Kamer gestelde vragen en de mogelijkheid voor uw Kamer om de beantwoording zorgvuldig te bestuderen, geïnformeerd dat de regeling niet in werking zal treden voor 4 februari aanstaande (Kamerstuk 25 295, nr. 1778).

45 Wat zegt u tegen de mensen die gedaan hebben wat u als kabinet vroeg, zich twee keer hebben laten vaccineren, zich aan de maatregelen hebben gehouden en geen corona hebben gekregen, maar waarvan binnenkort wel hun groene vinkje vervalt omdat zij geen boosterprik willen?

Naarmate iemand langer geleden zijn primaire serie vaccinaties heeft doorlopen, is de bescherming van het vaccin tegen verspreiding en besmetting kleiner. Dit betekent dat het effect van het ctb op basis van die vaccinatie na verloop van tijd kleiner wordt. Wanneer het effect van vaccinatie op transmissie daalt, is de kans op verspreiding en besmetting op een locatie groter. Dit verklaart ook mede waarom gevaccineerde mensen alsnog besmet raken met de omikronvariant. Om deze reden, en met het oog op harmonisatie van de Europese regels, heeft het kabinet ervoor gekozen om de geldigheidsduur van vaccinatie- en herstelbewijzen aan te passen. Voor mensen van 18 jaar en ouder is de geldigheidsduur van een vaccinatiebewijs van een primaire vaccinatieserie daarom 270 dagen geldig. Indien dit vaccinatiebewijs verloopt kan men terecht voor een boosterprik of zich laten testen t.b.v. een ctb. Voor jongeren onder de 18 blijft het vaccinatiebewijs ook zonder boosterprik geldig.

46 Bent u voornemens het CTB te laten vervallen voor iedereen die de derde prik niet kan nemen voor een bepaalde datum? Zo ja, welke datum is dat?

De geldigheidsduur van de primaire vaccinatieserie wordt gewijzigd naar 270 dagen. De regeling die dit mogelijk maakt treedt inwerking na stemming hierover in uw Kamer en niet voor 4 februari 2022. Iedereen die korter dan 3 maanden geleden de primaire serie heeft afgerond of geïnfecteerd is geweest en inmiddels hersteld, kan een boostervaccinatie krijgen. Wanneer iemand geen boostervaccinatie kan krijgen, omdat diegene recent besmet is geweest, dan kan deze persoon indien genezen 12 dagen na de positieve test tot maximaal 180 dagen daarna toegang krijgen met een ctb op basis van herstel. Voor personen die geen boosterprik willen nemen en niet over een herstelbewijs beschikken is er altijd de mogelijkheid om te test af te laten nemen bij een testfaciliteit van Testen voor Toegang.

47 Klopt het dat u voor het jaar 2022 drie extra coronaprikken voorstelt, bovenop de twee die al gegeven zijn? Komen alleen mensen die straks alle vijf de prikken hebben gehad in aanmerking voor een CTB? Zo ja, waarom? Hoe zit het met de mensen die de derde prik overslaan omdat ze voorlopig toch niet naar het buitenland gaan en de vierde prik vlak voor de zomervakantie wel nemen? Krijgen ze dan wel of geen CTB? Wat als iemand de eerste en tweede prik wel neemt, de derde en vierde niet, en de vijfde weer wel? Krijg je dan na de vijfde prik een coronatoegangs-bewijs?

De Gezondheidsraad buigt zich over de vaccinatiestrategie op de lange termijn. Op dit moment weten we nog niet of een jaarlijkse vaccinatie

nodig is, net als bij de griepvrij. We houden hier wel rekening mee. We zien op dit moment dat de effectiviteit van de primaire vaccinatieserie afneemt over tijd. Daarom adviseer ik iedereen om een boostvaccinatie te laten zetten als je langer dan 90 dagen geleden gevaccineerd of genezen bent. De effectiviteit van de primaire vaccinatieserie tegen infectie en transmissie – zaken die belangrijk zijn voor de effectiviteit van het ctb – neemt ook af. De kans op herinfectie lijkt bij omikron ook groter dan bij delta. Daarom heeft het kabinet besloten om de geldigheidsduur voor de primaire vaccinatieserie vast te stellen op 270 dagen en de geldigheidsduur voor herstel beperkt naar 180 dagen. De regeling die dit mogelijk maakt treedt in werking na stemming hierover in uw Kamer en niet voor 4 februari 2022. Wat dit effect – en de noodzaak voor nieuwe boostcampagnes – betekent voor de geldigheid van het ctb in de toekomst kan ik dus nog niet zeggen. Wel kan ik u verzekeren dat wij als kabinet hier kritisch naar blijven kijken. Het is wel nodig alvast voldoende vaccins beschikbaar te hebben, zodat deze kunnen worden ingezet als dat nodig is.

48 Welke locaties buiten thuis, school en werk zijn het meest effectief in het reduceren van het reproductiegetal bij 1G? Valt hierbij een rangschikking te maken in sectoren? Anders gezegd, in welke sectoren loopt het reproductiegetal het meest op zonder 1G?

In de modellering wordt gebruik gemaakt van een contactmatrix, deze is opgebouwd met de hoeveelheid contacten die een individu heeft. Een contact zoals verondersteld in de modellering is in feite een contact-eenheid. Deze contacten vinden plaats onder verschillende omstandigheden die van invloed zijn op het besmettingsrisico. Per locatie type is een dergelijke matrix gemaakt. In de modellering is hiervoor een grofmazig onderscheid gebruikt met de locaties: thuis, werk, school en overig.

Uit het onderzoek komt naar voren dat een bredere toepassing van ctb tot een hogere effectiviteit leidt. Afhankelijk van het besmettingsrisico per contact is een ctb effectiever: contacten tussen individuen zijn veiliger dan die tussen groepen, contact buiten is veiliger dan binnen, lokaal is minder risicovol dan nationaal. Een rangschikking hiervoor is in dit onderzoek niet gemaakt.

De onderzoekers hebben de aanbeveling gedaan het onderzoek periodiek te herhalen en te verfijnen. Ik ben voornemens dat advies op te volgen, daarbij kan een dergelijk onderscheid mogelijk meegenomen worden.

49 Wat is de verklaring voor de bevinding dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft, groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?

Hier is op basis van dit onderzoek geen verklaring voor te geven. De uitkomst benadrukt het belang om bij de inzet van ctb een zorgvuldige belangenafweging te maken.

50 Welke gevolgen worden verbonden aan het gegeven dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?

De vaccinatiegraad verhogen is geen doel van het ctb.

51 Is eerder in overweging meegenomen dat een grote groep ongevaccineerden voor alternatieve activiteiten met andere mensen dan hun gezinsleden zal kiezen als zij door 2G geen toegang meer hebben tot

bepaalde locaties? Zo ja, hoe dan en waar blijkt dat uit? Zo nee, gaat u dat dan alsnog doen en tot welke conclusies leidt dat bij u?

Bij eerdere inzet van ctb's hebben we signalen van compenserend gedrag ontvangen. Om die reden is in dit onderzoek gevraagd naar onderzoek naar te doen en deze effecten in de modellering mee te nemen.

52 Zijn de deelnemers aan het onderzoek die het vaccin nooit zouden nemen, deelnemers die niet gevaccineerd kunnen worden, deelnemers die niet gevaccineerd willen worden of mensen die de infectie reeds hebben doorgemaakt en dus een hertelbewijs kunnen aanvragen?

In het onderzoek is gevraagd waarom mensen zich nog niet hebben laten vaccineren (zie de laatste bijlage van het onderzoek enquêtevraag 36). Mensen konden bijvoorbeeld aangeven als reden: «Ik ben al besmet geweest, en verwacht niet nog een keer besmet te raken» en «Ik heb een ziekte (bijvoorbeeld een auto-immuunziekte) waardoor bij mij het vaccin niet werkt» of «Ik weet niet wat de langetermijneffecten zijn van het vaccin.» Al deze categorieën zijn genoemd door mensen die er zeker van zijn dat ze het vaccin niet zullen nemen. De categorie: «Ik weet niet wat de langetermijneffecten zijn van het vaccin» werd het vaakst genoemd.

53 Hoeveel ongevaccineerden denkt u tot vaccinatie te kunnen pushen met de CTB's en op welke termijn? Hoeveel ongevaccineerden denkt u tot vaccinatie te kunnen pushen met de uitbreiding van CTB's in het mbo, hoger onderwijs en in werksetting? Hoeveel ziekenhuisopnames van ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt verwacht u nog? Hoeveel ic-opnames van ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt verwacht u nog? Aangezien deze groep ook slinkt en dus een momentopname is, ook hier de vraag waarom u denkt beleid te kunnen baseren op momentopnames?

Het doel van het ctb is niet om mensen die zich niet willen laten vaccineren daartoe aan te zetten. Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden. In de technische briefing⁵ heeft de heer Van Dissel op blz. 38 en 39 gepresenteerd hoeveel ziekenhuisopnames en ic-opnames we nog verwachten. Daarbij is rekening gehouden met de vaccinatiegraad en met doorgemaakte besmettingen. Helaas moeten we in deze situatie beleid maken op basis van de op dat moment bekende informatie en de verwachtingen over de nabije toekomst.

54 In welke situaties (settings) acht u 1G als een realistisch scenario en is dit ook doorgerekend in het model?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact op het reproductiegetal als het heel breed wordt ingezet; in alle ctb sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. in de brief 1G overwegingen van mijn ambtsvoorganger wordt voorgerekend dat afhankelijk van de methode van schatten dat tussen de ca 30 en 47 mln. testen per week kan opleveren tegen respectievelijk € 545 mln. en € 829 mln. aan kosten per week.⁶

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou

⁵ https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/20220120_commissie_vws_presentatie_jaap_van_dissel_rivm.pdf

⁶ Kamerstuk 25 295, nr 1557.

krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij 2 redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijver van uitzendbureaus. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. GGD'en en SON gaan dan concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputbaar. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen.

Wanneer 1G bijvoorbeeld alleen bij hoog-risico evenementen en activiteiten ingezet wordt, is het volgens SON misschien wel haalbaar met de huidige testcapaciteit, afhankelijk van de afbakening van de inzet. Daarbij valt te denken aan nachthoreca en discotheken en/of grote ongeplaceerde evenementen, zoals festivals.

55 Is in het gedragsonderzoek meegenomen wat de effecten zijn van (oproepen tot) grootschalige burgerlijke ongehoorzaamheid bij zowel bezoekers als de locaties die bezocht worden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is dat effect?

Over de effecten van (oproepen tot) burgerlijke ongehoorzaamheid zijn in het gedragsonderzoek geen vragen gesteld. Er was geen aanleiding dit mee te nemen in het onderzoek.

56 Wat zijn de financiële gevolgen voor horeca, bioscopen, theater, concertzalen etc. van 2G/CTB-maatregelen, gezien van de groep ongevaccineerden 50% aangeeft minder naar 2G-locaties te gaan?

Cijfers van het CBS laten zien dat de invoering van restrictieve maatregelen een dempend effect heeft op de economische groei.⁷ Het is lastig om te herleiden wat de economische gevolgen van één specifieke maatregel zijn omdat er vaak meerdere restrictieve maatregelen tegelijkertijd worden ingevoerd. Het ligt in lijn der verwachting dat de invoering van 2G op de locaties waar in november 2021 nog 3G van toepassing was leidt tot een daling van de vraag in deze sectoren. Net als dat het te verwachten is dat bij 1G die gevolgen nog groter zullen zijn. Hoe groot die gevolgen zijn hangt af van diverse factoren. Enerzijds zullen met name mensen die ongevaccineerd én geen herstelbewijs hebben en zich niet of niet regelmatig willen laten testen minder komen. Anderzijds kan een deel van de bevolking zich door de invoering van 2G veiliger voelen en daarmee de vraag positief beïnvloeden.

57 Welke invloed heeft het resultaat dat 40% van de respondenten bij 2G kiest voor alternatieve activiteiten op de effectiviteit van 2G?

De onderzoekers geven aan dat dit ervoor zorgt dat 2G hierdoor minder effectief wordt ten opzichte van 3G als het gaat om het terugdringen van de verspreiding van het virus en het voorkomen van ziekenhuisopnames.

58 Hoe gaan andere landen om met het herstelbewijs nu de omikronvariant dominant is?

⁷ Economische groei, CBS (Economische groei (cbs.nl))

België hanteert een geldigheidsduur voor vaccinatiebewijzen van 270 dagen en zal deze per 1 maart verkorten naar 150 dagen. De geldigheid van herstelbewijzen wordt ook per 1 maart teruggebracht van 180 dagen naar 150 dagen. In Duitsland heeft de regering vastgesteld dat vaccinatiebewijzen maximaal 270 dagen geldig zijn, behalve voor Jansen. Een herstelbewijs is geldig van 28 dagen tot 90 dagen na de positieve PCR-test. In Frankrijk is een vaccinatiebewijs 4 maanden en een herstelbewijs 180 dagen geldig per 15 februari 2022. In Oostenrijk is een vaccinatiebewijs 180 dagen geldig en na een boostervaccinatie 270 dagen geldig. Herstelbewijzen zijn eveneens 180 dagen geldig. In het VK is geen geldigheid voor vaccinatie vastgesteld en 180 dagen voor herstelbewijzen. Tevens is het VK voornemens om te stoppen met de inzet van het CTB. In Denemarken is geen geldigheid voor vaccinatie vastgesteld en 180 dagen voor herstelbewijzen. Denemarken is per 1 februari 2022 gestopt met de inzet van het CTB.

59 Heeft u signalen van andere landen die stoppen met 2G of 2G-plus nu de omikronvariant heersend is?

Die signalen heb ik niet ontvangen, maar ik houd de ontwikkelingen over 2G in de gaten. In Duitsland is in twee deelstaten (Nedersaksen en Beieren) het 2G beleid voor de detailhandel (tijdelijk) opgeschort. In Beieren is de 2G regel voor de detailhandel tijdelijk opgeschort nadat de rechtbank oordeelde dat het uitsluiten van essentiële winkels van de 2G regeling een schending van de beroepsvrijheid en het beginsel van gelijke behandeling is. In Nedersaksen heeft de rechtbank geoordeeld dat de maatregel niet nodig was om het coronavirus verder in te dammen en ook niet verenigbaar was met het algemene gelijkheidsbeginsel. Beide gevallen staan overigens los van welke variant van het Coronavirus dominant is.

60 Kunt u een geactualiseerde lijst aanleveren van landen met 1g, 2g of 3g, en daarin ook betrekken of een land al heeft aangekondigd te stoppen met een van de G's of er al mee gestopt is?

Binnen de EU zien we diverse varianten op toegangsbeleid. Daarnaast zijn er geregeld ontwikkelingen waardoor landen besluiten hun beleid aan te passen. Het is niet mogelijk om een compleet vergelijkend overzicht te verstrekken van huidig, verleden en mogelijk toekomstig beleid van landen op dit punt. Wel geef ik uw Kamer graag enkele voorbeelden. Op dit moment zien we in Frankrijk, Oostenrijk en Italië bijvoorbeeld een strikt 2G beleid inzet voor vrijwel alle openbare voorzieningen. In Ierland wordt hiervoor 3G toegepast. Luxemburg heeft 3G voor op de werkvloer en 2G + test of booster voor horeca en vrijetijdsactiviteiten. In Spanje en Duitsland zien we weer dat het toegangsbeleid wordt overgelaten aan de verschillende autonome regio's en daardoor binnen een land kan verschillen. Denemarken kiest ervoor 3G alleen toe te passen wanneer de epidemiologische situatie daarom vraagt en heeft het recent «uitgezet». De definitie van 1G kan variëren, in Oostenrijk wordt hieronder beleid verstaan waarbij de G staat voor gevaccineerd.

61 Wat wordt bedoeld met «2e orde-effect» («wordt bedoeld dat door meer te testen ook meer mensen in quarantaine gaan en anderen niet besmetten»)? Wil dat zeggen dat de effecten van meer potentiële besmette mensen in quarantaine niet is meegenomen in het gemodelleerde reproductiegetal van 1G?

Met het 2^e orde effect, wordt bedoeld dat mensen na een positieve test hun gedrag aanpassen en daarvoor minder andere mensen besmetten. Bij 1G en 3G worden mensen (positief) getest, die anders niet of later hadden

geweten dat ze positief waren. Hierdoor daalt de besmettelijkheid van deze mensen ook op andere locaties dan de locaties waar het CTB is ingevoerd. Als dit effect zou worden meegenomen, is de effectiviteit van 1G en 3G op het reproductiegetal hoger.

62 Kunt u een reactie geven op de recente COVID-cijfers uit het Verenigd Koninkrijk (VK), waaruit blijkt dat gevaccineerden in bijna alle leeftijdsgroepen per 100.000 besmettelijker zijn dan ongevaccineerden? Hoe kan het dat deze situatie in het VK al eind november was bereikt, maar in ons land nog steeds niet het geval zou zijn, terwijl het VK wel voorloopt, maar ook weer geen zes tot acht weken?

De cijfers die hier genoemd worden, hebben betrekking op het ongecorrigeerd aantal gemelde besmettingen uit het laatste UK Health Security Agency (UK HSA) rapport van week 3 over COVID-19 vaccinatie in het VK. Deze cijfers zijn ongecorrigeerd voor verschillen tussen gevaccineerden en ongevaccineerden, zoals verschil in gedrag, testgedrag, leeftijd, beroep, onderliggend lijden en eerder doorgemaakte infectie. Hierdoor is het niet goed mogelijk om de effectiviteit van vaccins te beoordelen op het ruwe aantal gemelde besmettingen. In de berekening van vaccineffectiviteit kan voor een aantal van deze tekortkomingen gecorrigeerd worden. De UK HSA geeft in het meest recente rapport aan over onvoldoende data te beschikken om te corrigeren voor deze verschillen en de vaccineffectiviteit op basis van deze data te kunnen berekenen.

63 Kunt u een land noemen dat bij de huidige besmettingsgolf (van de omikronvariant) erin geslaagd is de R-waarde onder de 1 te brengen met behulp van 2G/3G/1G? Zo ja, welk land is dit en in welke periode was dit?

Niet ieder land werkt met een reproductiegetal. Wel zien we dat Oostenrijk, met een strenge inzet van 2G momenteel nog lagere besmettingscijfers kent dan veel andere Europese landen waar de omikronvariant rondwaart. Het doel van ctb is overigens niet om de R per se onder de 1 te brengen. Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden.

64 In hoeverre is de Duitse berekening bruikbaar als vergelijkingsmateriaal, nu daar geen rekening is gehouden met compensatiegedrag van ongevaccineerden?

De studies uit het buitenland over de effectiviteit van ctb zijn gebruikt als achtergrondinformatie bij dit onderzoek. De belangrijkste conclusies die de onderzoekers trekken zijn in lijn met de uitkomsten die uit dit onderzoek komen.

65 Op basis van welke gegevens zijn in Nederland de terrassen gesloten, overwegende dat uit een case-control studie uit Frankrijk bleek dat geen toename in transmissie te zien was na opening van terrassen van bars of restaurants?

Het is niet mogelijk de effectiviteit van elke maatregel afzonderlijk weer te geven. Daarbij geldt dat elke maatregel op zichzelf misschien geen heel groot effect heeft, maar samengenomen als pakket wel degelijk effectief is. De maatregel om in Nederland terrassen te sluiten is onder andere genomen met de overweging om ook verkeersbewegingen, in bijvoorbeeld uitgaansgebieden te voorkomen, omdat die ook leiden tot extra besmettingen. Kern van het treffen van contactbeperkende maatregelen, waaronder het sluiten van terrassen, is dat er dus minder contacten plaats hebben waarbij mensen kunnen worden besmet.

66 Is de bevinding dat er geen toename in transmissie te zien was na opening van terrassen van bars of restaurants te vertalen naar de Nederlandse situatie?

Onder meer omdat de studie plaatsvond ten tijde van een dominante deltavariant is deze bevinding niet één-op-één te vertalen naar de huidige Nederlandse situatie. De bevinding is wel in lijn met de epidemiologische uitgangspunten van besmettingsrisico's die we ook in Nederland hanteren: contacten tussen individuen zijn veiliger dan die tussen groepen, buiten is veiliger dan binnen en lokaal is minder risicovol dan nationaal.

67 Is de bevinding, dat voor andere locaties zoals openbaar vervoer, culturele locaties, kappers, restaurants, en sportactiviteiten geen hoger risico op infectie gevonden is, te vertalen naar de Nederlandse situatie? Doordat de studie plaatsvond ten tijde van een dominante deltavariant is deze bevinding niet één-op-één te vertalen naar de huidige Nederlandse situatie. De bevindingen geven een indicatie van risicovolle contacten die grotendeels in lijn is met de stappen die in de Nederlandse situatie worden genomen bij versoepelingen.

68 Hoe is het aandeel mensen die corona hebben gehad, maar geen herstelbewijs hebben, precies bepaald?

In de modellering wordt er onderscheid gemaakt tussen type V en type U individuen. Type V individuen zijn mensen die bewezen immuniteit hebben opgebouwd door middel van een vaccinatie of een doorgemaakte infectie. Type U zijn naïeve mensen of mensen die wel geïnfecteerd zijn geweest, maar geen herstelbewijs hebben. Voor het type U wordt verondersteld dat 30% van de doorgemaakte infecties onder niet-gevaccineerden zijn gedocumenteerd. Daarbij wordt uitgegaan van 60 symptomatische infecties, waarvan de helft met een positieve test is bevestigd.

69 Waarom wordt met twee modellen gewerkt, namelijk met New Generation en Risico Taxatie?

Beide modellen bieden andere, aanvullende informatie. Met het Risico Taxatie Model kan een inschatting worden gemaakt van de impact van ctb-modaliteiten op één locatie. Met het Next Generation Model kan het effect van ctb-modaliteiten op het reproductiegetal worden ingeschat.

70 Hoe zijn herinfecties meegenomen in het onderzoek?

In het rapport wordt geen rekening gehouden met extra bescherming als gevolg van herinfecties.

71 Hoe verhoudt dit onderzoek zich tot de modellering van het Outbreak Management Team (OMT) over de effectiviteit van het CTB op 22 november 2021 (Bijlage 1 bij advies 130e OMT (Kamerstuk 25 295, nr. 1555))? In welke mate is het modelontwerp anders en welke parameters zijn anders?

De modellering die het Outbreak Management Team gebruikt heeft bij haar advies naar aanleiding van de 130^e bijeenkomst staat los van de modellering die is gebruikt in dit onderzoek. De opzet is vergelijkbaar met het Risico Taxatie Model uit dit onderzoek. Voor de twee modellen die in dit onderzoek zijn gebruikt en het model dat voor het OMT is gebruikt geldt dat het versimpelde weergaven zijn van de werkelijkheid waarin gekeken wordt naar besmettingsrisico's.

Belangrijk onderscheid tussen de modellen uit dit onderzoek en het door het OMT gebruikte model is dat in dit onderzoek de modellen zijn geactualiseerd op basis van nieuwe kennis over de effecten van de omikronvariant op de epidemiologische situatie. De parameters in dit onderzoek zijn tevens aangepast op basis van de omikronvariant, die nog niet van toepassing was op de modellering in november.

72 Hoe verhouden het Risico Taxatie Model en het Next Generation Model zich tot elkaar? Beoordelen de onderzoekers de beide modellen als even robuust? Modelleren beide modellen dezelfde zaken? Op welke vlakken verschillen de modellen?

Het Risico Taxatie Model kijkt naar het risico op transmissie op een locatie en gevolgen van deze besmettingen op ziekenhuisopnames, m.a.w., hoe veilig is het voor individuen om een event bij te wonen. Het Next Generation Model kijkt niet naar ziekenhuisopnames maar naar het effect van de inzet van het ctb op het reproductiegetal. Dit model neemt dus mee dat individuen op een locatie besmet kunnen raken en op een andere locatie anderen kunnen besmetten.

De modellen zijn doorgerekend met dezelfde mate van effectiviteit van vaccins en testen.

De modellen zijn aan elkaar gecorreleerd; als een maatregel niet effectief is in het voorkomen van besmettingen op een locatie, heeft het ook geen effect op het verminderen van het reproductiegetal. Als een maatregel heel effectief is in het voorkomen van besmettingen op een locatie, kan het effect op populatieniveau (het Next Generation Model) beperkt zijn als de locatie maar een beperkte invloed heeft op het aantal transmissies op populatieniveau. Doordat het Next Generation Model de leeftijdsstructuur en contactstructuur tussen leeftijdsgroepen in de populatie meeneemt, is het precieze effect ook niet 1 op 1 vergelijkbaar met het Risico Taxatie Model waarvan de uitkomsten moeten worden gezien als een gemiddelde waarde op basis van vele events.

73 Klopt het dat in dit onderzoek alle settings, zowel hoogrisico (discotheek binnen) als lager risico (buiten), als hetzelfde worden beschouwd? Zo ja, is het mogelijk om het onderzoek hetzelfde te doen als het doel van de wet (laag risico versus hoog risico)?

In de modellering wordt gebruik gemaakt van een contactmatrix, deze is opgebouwd met de hoeveelheid contacten die een individu heeft. Een contact zoals verondersteld in de modellering is in feite een contact-eenheid. Deze contacten vinden plaats onder verschillende omstandigheden die van invloed zijn op het besmettingsrisico. Per locatie type is een dergelijke matrix gemaakt. In de modellering zijn hiervoor de locaties: thuis, werk, school en overig gekozen.

Het is nu nog niet mogelijk om onderscheid te maken in verschillende type locaties binnen de klasse overig en werk, omdat data hiervoor niet beschikbaar zijn. Binnen Fieldlab evenementen is er wel inzicht in de verschillen tussen type evenementen (binnen en buiten, geplacéerd en niet geplacéerd). Echter dit is een beperkt aandeel in de klasse overig, omdat bijvoorbeeld restaurants, dancings, bars, winkels hier niet in zitten. Ook binnen werk kan er onderscheid worden gemaakt in diverse type locaties.

De onderzoekers hebben de aanbeveling gedaan het onderzoek periodiek te herhalen en te verfijnen. Ik ben voornemens dat advies op te volgen, daarbij kan een dergelijk onderscheid mogelijk meegenomen worden.

74 Wat is de reden dat de precieze relatie tussen het effect van CTB-beleid op het reproductiegetal en het aantal nieuwe ziekenhuisopnames niet onderzocht is in dit onderzoek, met name omdat het voorkomen van de druk op de zorg een belangrijk doel is in uw strategie?

Modelleren van ziekenhuisopnames is wel gedaan in het Risicotaxatie-model, maar nog niet in het Next Generation Model. Op het moment van het bouwen van het model was er nog te weinig kennis over de relatie tussen het reproductiegetal en ziekenhuisopnames. De onderzoekers hebben de aanbeveling gedaan het onderzoek periodiek te herhalen en te verfijnen. Ik ben voornemens dat advies op te volgen, daarbij kan een dergelijk onderscheid mogelijk meegenomen worden.

75 Met welke kans op een fout-negatieve sneltest is binnen dit onderzoek gerekend? Wat is de kans op een fout-negatieve sneltest bij de omikronvariant?

De onderzoekers rekenen met een testsensitiviteit van 67,5%, die varieert van 80% in het optimistische scenario tot 55% in het pessimistische scenario. Voor de actualisering op basis van de omikronvariant verwachten de onderzoekers dat de sensitiviteit tussen het geschatte en het pessimistische scenario inzit.

76 Is met behulp van dit model een berekening te maken van het aantal sectoren 3G, aantal sectoren 2G en aantal sectoren 2G-plus? Is dit dan op te vragen of wordt dit dan meegenomen bij besluitvorming om 2G toch in te voeren?

In dit model is alleen onderscheid te maken tussen de locaties: thuis, werk, school en overig. Het is vanwege het ontbreken van data niet mogelijk om onderscheid te maken binnen de locatie werk en overig. De onderzoekers hebben de aanbeveling gedaan het onderzoek periodiek te herhalen en te verfijnen. Ik ben voornemens dat advies op te volgen.

77 Welke variabelen lagen nog meer ten grondslag aan deze doorrekeningen van de CTB-modaliteiten door de TU Delft? Welke van deze variabelen zijn nog gebaseerd op de deltavariant en welke zijn gebaseerd op de omikronvariant?

In paragraaf 5.4 worden alle gekozen variabelen toegelicht. In paragraaf 7.2 wordt de actualisering aan de hand van de omikronvariant toegelicht.

78 Deelt u de mening dat CTB-modaliteiten doorgaans gebaseerd zullen zijn op doorrekeningen die gebaseerd zijn op vorige varianten en niet op de actuele dominante coronavariant en daarmee momentopnames zijn? Zo nee, waarom niet? U kunt zulke vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen als CTB's toch niet baseren op momentopnames?

Het is niet te voorspellen welke varianten in de toekomst dominant zullen zijn. Als er nieuwe varianten komen die de onderliggende parameters van de modellering beïnvloeden, kunnen de berekeningen opnieuw worden uitgevoerd. Het verzamelen van gegevens die nodig zijn voor goede inschattingen kost tijd. Indien op basis van nieuwe berekeningen zou blijken dat de inzet van het ctb niet langer noodzakelijk of proportioneel kan worden geacht, dient de regeling die de inzet van het ctb regelt te worden gewijzigd of te worden ingetrokken. Dit is wettelijk bepaald in artikel 58c, zesde lid, Wpg.

79 Hoe groot is het effect van kleine wijzingen in de aannames in de modellen, en hoe groot is de kans dat die erin zitten?

De onderzoekers geven aan dat interpretatie van de modeluitkomsten voorzichtigheid vereist. Trends en relatieve verschillen zijn dan ook belangrijker dan exacte uitkomsten.

De onderzoekers hebben gerekend met meerdere scenario's, waarbij de testsensitiviteit van en de opgebouwde immuniteit als verwacht, pessimistisch of optimistisch is geschat. Daarnaast zijn er drie gevoeligheidsanalyses uitgevoerd op het individueel risico. In de eerste gevoeligheidsanalyse is verondersteld dat alle type U individuen (die geen langdurig bewijs voor toegang hebben) naïef zijn. Deze resultaten worden weergegeven in figuur 11. In de tweede gevoeligheidsanalyse is gekeken wat het effect is als de boost alleen bij 60-plussers wordt gezet (zie paragraaf 6.2.3). In een derde gevoeligheidsanalyse is onderzocht wat het effect is op het individueel risico als de meest kwetsbaren niet aanwezig zijn op een ctb-locatie (zie tabel 18).

Bij het Next Generation Model is inzichtelijk gemaakt wat het effect van een hoge of lage vaccinatiegraad is, of het compenserend gedrag bij 2G (zie figuur 12 en 13 voor de deltavariant en figuur 24 voor de omikronvariant).

Het rapport maakt dus op verschillende manieren inzichtelijk wat het effect is van aangepaste aannames op de uitkomsten van de modellen.

80 Wat is de beweegreden van de 9% ongevaccineerden, die zich wel willen laten vaccineren als het CTB wordt afgeschaft? Verwachten de gedragsdeskundigen dat hier ook daadwerkelijk opvolging aan zou worden gegeven?

Dit is in het onderzoek niet uitgevraagd. Het is niet mogelijk om op basis van dit onderzoek een uitspraak te doen of daadwerkelijk gevolg gegeven zal worden aan dit voornemen.

81 Hoe groot is naar benadering de groep respondenten die aangeeft dat een «traditioneel» vaccin als Novavax hen over de streep strekt?

Deze vraag was geen onderdeel van de vragenlijst. Van de 783 ongevaccineerden in dit onderzoek hebben er zes spontaan een «traditioneel vaccin» genoemd om alsnog tot vaccinatie over te gaan. Ondanks dat dit een ongevraagd antwoord op een open vraag was is dat minder dan één procent van de respondenten.

82 Hoe verhouden de gehanteerde testkwaliteit bij toegangstesten in dit onderzoek en de gehanteerde sensitiviteit van toegangstesten in de modellering van het OMT van 22 november 2021 zich tot elkaar?

De onderzoekers wegen voor de keuze voor de testeffectiviteit een aantal dingen af:

- De testsensitiviteit.
- Het feit dat de populatie die een QR-code wil verkrijgen, niet volledig asymptomatisch is.
- Het feit dat niet alle personen die positief testen, besmettelijk zijn op het evenement.
- De kans dat iemand tussen test en toegang alsnog besmettelijk wordt.

Alles overziend schatten zij de testeffectiviteit van 67,5% voor de deltavariant, en op 55–67,5% voor de omikronvariant. In de bijlage bij het 130^e OMT wordt de testsensitiviteit geschat op 59%.

83 Wordt er met betrekking tot de inzet van CTB werk van gemaakt om meer inzicht te krijgen in onderscheid tussen verschillende type locaties binnen de klasse overig en werk?

Gelet op de verscheidenheid van typen locaties is het aanbrengen van een categorisering daarin niet goed mogelijk gebleken. Om die reden is gekozen voor de aanpak om bij de invoering van het ctb differentiatie aan te brengen op basis van verschillende risicofactoren, zoals veelvuldige contactmomenten of wanneer een veilige afstand houden niet goed mogelijk is en met relatief veel personen binnen elkaars «ademcirkel» wordt verbleven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de sectoren waarin reeds een ctb-verplichting geldt voor bezoekers en klanten (horeca-, cultuur-, evenementen- en sportlocaties). Bij ministeriële regeling kan onderscheid worden gemaakt in categorieën van personen, arbeidsplaatsen of werkzaamheden, na inwerkingtreding van het wetsvoorstel Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen. In de toekomst is het dan mogelijk om een onderscheid te maken tussen personen op de arbeidsplaats die veelvuldig in contact staan met bezoekers en personen die geen of nauwelijks contact met bezoekers hebben.

84 Is onderzocht, c.q. is er bestaand onderzoek, naar het verschil in ontvankelijkheid voor het virus tussen mensen met en zonder vaccinatie?

In een rapport van oktober 2021 heeft het RIVM berekend in welke mate vaccinatie de overdracht van het virus vermindert. Er is specifiek gekeken naar de overdracht tussen huisgenoten. Hieruit blijkt dat mensen die ondanks vaccinatie toch COVID-19 hebben opgelopen, het virus 63% minder vaak overdragen naar ongevaccineerde huisgenoten. Het is belangrijk om te realiseren dat deze data komen uit de periode dat de deltavariant dominant was. Het RIVM geeft aan dat het voorlopig nog niet mogelijk is om te berekenen in welke mate overdracht van de omikronvariant plaatsvindt tussen mensen met en zonder vaccinatie. Om deze analyses te kunnen maken wordt er namelijk gebruik gemaakt van een grote hoeveelheid data uit het bron- en contactonderzoek (BCO). Het BCO is op dit moment afgeschaald, wat het lastig maakt om hier goed inzicht in te krijgen. Het RIVM houdt daarom ook de internationale literatuur en studies in de gaten.

85 Hoe wordt de VE precies berekend?

Het betreft een standaard epidemiologische methode, waarbij de incidentie onder ongevaccineerden wordt vergeleken met de incidentie onder gevaccineerden, waarbij gecorrigeerd wordt voor verstoringe variabelen. Uitleg over de berekening van de vaccineffectiviteit staat in de rapportage «Studie effectiviteit van vaccinatie tegen ziekenhuis- en intensive-care-opname in Nederland».⁸

86 Zijn «betere» testen ook daadwerkelijk voorhanden?

Er zijn sensitievere testen voorhanden dan de gebruikte antigeentesten bij Testen voor Toegang, zoals de PCR-testen. Deze testen zijn echter ook arbeidsintensiever, vergen specialistische kennis, hebben een langere doorlooptijd van afname tot uitslag en zijn ook duurder. Het OMT stelt in haar 125e advies dat een langere doorlooptijd niet opweegt tegen hogere testsensitiviteit, vanwege een potentieel langere periode van restrisico waarin iemand toch besmettelijk is bij het bezoeken van een activiteit met ctb.

⁸ Effectiviteit van COVID-19 vaccinatie tegen ziekenhuis en intensive-care-opname in Nederland (opnames 11 juli – 21 december 2021) | RIVM

87 Waarom de oproep voor de boosterprik vanaf achttien jaar, terwijl er aanwijzingen zijn dat de VE voor jongeren iets groter is dan voor ouderen door een betere immuunrespons?

We zien dat de vaccineffectiviteit afneemt met de tijd. Voor 70-plussers gaat dit sneller dan bij mensen jonger dan 70 jaar. Ook binnen jongere leeftijdsgroepen zien we echter een afname. Ook hebben we inmiddels te maken met een nieuwe variant. We weten op basis van recente wetenschappelijke inzichten een boostvaccinatie veel meer bescherming biedt dan alleen de basisserie, ook bij nieuwe virusvarianten.

88 Waarom is het percentage in het optimistische scenario in tabel 14 niet verhoogd bij de U individuen?

In de optimistische variant is aangenomen dat alle mensen die de basisreeks aan vaccinaties had ontvangen een eerste booster hebben gehad. Aangezien type-U-individuen ongevaccineerd zijn, is de bescherming van ongevaccineerden niet verhoogd. De omvang van de groep Type U is wel kleiner geworden, want Type V en U samen zijn altijd 100%.

89 Is in dit onderzoek meegenomen wat de leeftijdsopbouw is van bezoekers aan bepaalde evenementen en dit door vertaald aan de risico's voor ziekenhuis- en IC opnames (een hardrock festival trekt wellicht niet zoveel ouderen)?

In het onderzoek is geen rekening gehouden met de leeftijdsopbouw. Voor elke ctb locatie wordt verondersteld dat de mensen die aanwezig zijn homogeen verdeeld zijn volgens de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking. In een gevoeligheidsanalyse is wel gekeken naar de impact van de afwezigheid van ouderen op ctb locaties. Dit heeft vooral effect op het aantal ziekenhuisopnames, deze zullen sterk dalen.

90 Hoeveel tests per week moeten afgenomen worden om 1G het meest effectief te krijgen (inzet overal behalve in de thuissituatie)?

In de brief 1G overwegingen van mijn ambtsvoorganger wordt voorge-rekend dat afhankelijk van de methode van schatten dat tussen de 30,7 en 46,9 mln. testen per week is.

91 Is bij de bescherming door vaccinatie meegenomen dat deze bescherming afneemt in de loop der tijd?

De parameters die in het model zijn gebruikt, zijn constant. In de schatting van de gekozen waarde, is het effect meegenomen van een afnemende bescherming na vaccinatie.

92 Is het correct te veronderstellen dat CTB's meer effectief zijn in de beginfase van een pandemie, daar de effectiviteit groter is als er minder mensen immuun zijn?

De effectiviteit van het ctb is afhankelijk van de epidemiologische omstandigheden. Een van de relevante factoren, is het relatieve verschil in immuniteit tussen mensen met en zonder langdurig toegangsbewijs. Als dat verschil groter is, is de effectiviteit groter. Immuniteit is echter niet zwart-wit (wel of niet immuun), waardoor deze conclusie afhankelijk is van meer epidemiologische factoren en niet zomaar getrokken kan worden.

93 Kunt u uitleggen wat precies wordt bedoeld met «daarom is als gevoeligheidsanalyse ook uitgewerkt wat het effect is op het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames als verondersteld wordt dat de niet

gedocumenteerde infecties geen bescherming genieten»? Kunt u uitleggen wat het nut hiervan is?

Gevoeligheidsanalyses kunnen gebruikt worden om onzekerheid bij modelinschattingen te maken. De onderzoekers schatten de immuniteit van de groep zonder langdurig toegangsbewijs voor het type U individuen in de modellering. Gegeven de onzekerheid in die schatting, hebben de onderzoekers ook een gevoeligheidsanalyse toegevoegd om inzichtelijk te maken wat voor effect dat heeft op de uitkomsten. Zij bevelen daarnaast ook aan om meer inzicht te krijgen in de omvang van die groep en de mate van bescherming.

94 Heeft u op enig moment overwogen de boosterprik alleen voor 60+ers beschikbaar te stellen, gezien in het rapport staat dat de boosterprik in eerste instantie alleen was voorzien voor 60+ers is?

De keuze om ook 60-minners te vaccineren is gebaseerd op de adviezen van de Gezondheidsraad en ingegeven door de snelle verspreiding van SARS-CoV-2. Omdat het aantal besmettingen snel opliep, nam ook het risico toe dat gevaccineerden onder de 60 jaar ernstig ziek werden. Met een boostvaccinatie wordt de bescherming tegen ernstige ziekte verbeterd. De opkomst van de omikronvariant heeft het belang van de booster voor alle volwassenen onderstreept. Eerste inzichten lieten zien dat de bescherming van de prikken uit de basisserie niet voldoende bescherming boden tegen deze nieuwe variant.

95 Is virusoverdracht leeftijdsgebonden? Zo ja, heeft u daar een overzicht van?

Virusoverdracht is in die zin leeftijdsgebonden dat contacten, qua aantal, intensiteit en samenstelling, leeftijdsgebonden zijn. In de technische briefing⁹ heeft de heer Van Dissel dit geïllustreerd op blz. 31.

96 Wat is de reden dat het verschil tussen 2G en 2G +1G in tabel 18 44% is, terwijl 1G 33% oplevert?

In tabel 18 wordt een gevoeligheidsanalyse toegepast, om de impact van een leeftijdscriterium van 70 jaar op ctb-locaties te bepalen. In die tabel wordt gekeken naar een relatieve reductie in het aantal ziekenhuisopnames. De 33% bij 1G, impliceert dus dat het relatieve risico op ziekenhuisopnames 33% is ten opzichte van de afwezigheid van een ctb (een afname van ongeveer twee derde op basis van een testeffectiviteit van 67,5%). Bij 2G is het relatieve risico 65% ten opzichte van locaties zonder ctb. Dat relatieve risico neemt bij de introductie van een test met 67,5% af, tot de 21% uit de tabel.

97 Waarom zijn er CTB-maatregelen als de mensen die het meest beschermd dienen te worden toch niet aanwezig zijn, overwegende dat het effect op het aantal besmettingen bij het CTB-beleid is bepaald onder de aanname dat 70+ers niet aanwezig zijn?

In de modellering zijn 70+ers wel meegenomen. Alleen in de gevoeligheidsanalyse om de impact van de afwezigheid van ouderen te berekenen is deze groep weggelaten. Het doel van een ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer op te houden. Daarvoor is het belangrijk om het risico op

⁹ https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/20220120_commissie_vws_presentatie_jaap_van_dissel_rivm.pdf

besmetting te beperken. Door ctb in te zetten beperken we dat risico en daarmee het risico dat individuen elkaar buiten ctb locaties besmetten.

98 Waarom is ervoor gekozen te rekenen met 30%, terwijl uit het gedragsonderzoek 40% kwam? Wordt hiermee in feite gezegd dat het gedrag wat uit het gedragsonderzoek komt dus in feitelijk gedrag niet terug te vinden zal zijn? Waarom worden dit soort onderzoeken dan gedaan?

De onderzoekers baseren de waarde van 30% op het gedragsonderzoek. Zij kiezen voor een iets lagere waarde dan de 40% uit het gedragsonderzoek, omdat niet al het compenserend gedrag leidt tot een vergelijkbaar risicovol gedrag. Als iemand ervoor kiest niet naar een groot evenement te gaan en in plaats daarvan bij mensen op bezoek gaat, leidt dat niet tot hetzelfde besmettingsrisico.

99 Wat kan het invoeren van 1G betekenen voor het openen van nachtclubs en de organisatie van grote evenementen?

Het onderzoek laat zien het effect van 1G op verspreiding van het virus in de samenleving vooral groot als 1G op veel locaties wordt ingezet. De toegevoegde waarde van het inzetten van 1G alleen voor het openen van nachtclubs en bij grote evenementen op de hoogte van de R is beperkt. 1G is wel effectiever dan 2G en 3G in het voorkomen van besmettingen op locaties waar ctb wordt ingezet.

100 Is 2G of 3G effectiever bij een lage, of een hoge boostervaccinatiegraad? Aan welke graad moet dan gedacht worden?

De effectiviteit van 2G en 3G is afhankelijk van de epidemiologische omstandigheden, die op zichzelf ook weer worden beïnvloed door de boostergraad. In zijn algemeenheid is de effectiviteit van de 2G en 3G hoger, als de beschermende werking van vaccins hoger is. Als de boostgraad toeneemt, neemt dus vermoedelijk ook de effectiviteit van 2G en 3G toe.

101 Waarom is met een transmissiereductie gerekend van 50% (data deltavariant), terwijl bij de omikronvariant alleen de infectiereductie van dubbelgevaccineerden is gedaald naar ~20%?

Alle waarden zijn geverifieerd bij de onderzoekers. De onderzoekers hebben de volgende waarden aangehouden voor de vaccineffectiviteit (VE) bij omikron.

Voor mensen met 2 vaccinaties (of een infectie, exclusief de booster of 2e infectie)

- *Voor transmissie: 37%*
- *Voor de kwetsbaarheid: 20%*
- *Voor ziekenhuisopname: 70%*

Voor de mensen die ook de booster hebben gehad:

- *Voor transmissie: 50%*
- *Voor kwetsbaarheid: 50%*
- *Voor ziekenhuisopname: 85%*

De waarde voor VE voor transmissie is gebaseerd op het pessimistische scenario van de VE voor transmissie onder delta variant. Er was voor de VE voor transmissie nog geen betere data beschikbaar ten tijde van het onderzoek. Wel waren er al sterke aanwijzingen dat de VE voor transmissie lager zou zijn voor omikron, dan voor delta. Vandaar dat voor de waarde in het pessimistische scenario gekozen is. Voor de VE voor

kwetsbaarheid en ziekenhuisopname konden de waarden op de tussenliggende waarde van LSHTM en de studie van Imperial College gebaseerd worden.

102 Neemt het rapport het Schuit et al.-onderzoek mee in de afweging over de testsensitiviteit, waarin een correctie voor viral load wordt gemaakt om te kijken naar de sensitiviteit, dat in lijn is met internationale literatuur wanneer gekeken wordt naar de effectiviteit van testen als preventief middel (testen voor toegang)? En zo ja, waar blijkt dat uit¹⁰?

Het onderzoek verwijst naar 3 studies, die zijn gecoördineerd door het UMCU en het RIVM, waaronder het onderzoek van Schuit. Op basis van die onderzoeken hebben zij een tabel opgesteld (tabel 13) met alle relevante uitkomsten.

103 Waarom is niet gekozen voor een testsensitiviteit van alleen asymptomatische mensen? Mensen blijven toch thuis bij klachten, dus alleen asymptomatische mensen laten zich dan testen?

De onderzoekers wegen voor de keuze voor de testeffectiviteit een aantal dingen af:

- De testsensitiviteit.*
- Het feit dat de populatie die een QR-code wil verkrijgen, niet volledig asymptomatisch is.*
- Het feit dat niet alle personen die positief testen, besmettelijk zijn op het evenement.*
- De kans dat iemand tussen test en toegang alsnog besmettelijk wordt.*

Alles overziend schatten zij een testeffectiviteit van 67,5% voor de deltavariant, en 55–67,5% voor de omikronvariant.

104 Is deze tabel gebaseerd op de delta- of omikronvariant?

Tabel 14 geeft drie scenario's die gebaseerd zijn op de deltavariant.

105 Hoe kan de waarde van het herstelbewijs worden geïnterpreteerd, nu zichtbaar is dat er bij de omikronvariant veel herbesmettingen zijn?

De kans op herinfectie met de omikronvariant na het doormaken van een eerdere variant lijkt groter dan de kans op herinfectie bij de deltavariant. De waarde van een ctb op basis van herstel is in dat licht opnieuw gewogen en het kabinet heeft als een gevolg daarvan besloten de geldigheidsduur van een ctb op basis van herstel terug te brengen van 365 dagen naar 180 dagen conform de EU besluitvorming op dit punt.

106 Klopt het dat de sensitiviteit en specificiteit van sneltesten minder is bij de omikronvariant omdat deze besmettelijker is? Zo ja, met hoeveel en hoe beïnvloedt dit de resultaten van het onderzoek?

Mensen die besmet raken met de omikronvariant lijken sneller besmettelijk dan bij de deltavariant. Daardoor kan het virus zich sneller verspreiden. De testsensitiviteit kan daardoor afnemen, maar dat komt niet door een andere gevoeligheid van de testen voor de omikronvariant, maar doordat binnen de geldigheidsduur van een test meer mensen besmet raken. Dit is meegenomen in de berekeningen door uit te gaan

¹⁰ Zie ook Schuit et al. («The sensitivities of both rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts tested on day 5 onwards after close contact with an index case were more than 60%, increasing to more than 85% after a viral load cut-off was applied as a proxy for infectiousness»)

van een geschatte testsensitiviteit die ligt tussen verwacht (kwaliteit testen 67,5%) en laag (kwaliteit testen 55%).

107 Wat is bij de omikronvariant de kans op herinfectie en hoe is die kans meegenomen in dit onderzoek, gezien 2G en 3G ook herstelbewijzen bevat?

De exacte kans op herinfectie bij de omikronvariant is nog niet duidelijk en wordt nog verder onderzocht. De effectiviteit van herstel tegen verspreiding en besmetting is gelijk verondersteld ten opzichte van de effectiviteit van vaccinatie tegen verspreiding en besmetting. Voor deze effectiviteit zijn pessimistische (37% effectiviteit tegen transmissie; 25% effectiviteit tegen vatbaarheid), verwachte (50% effectiviteit tegen transmissie; 50% effectiviteit tegen vatbaarheid) en optimistische (63% effectiviteit tegen transmissie; 75% effectiviteit tegen vatbaarheid) scenario's meegenomen.

108 Zijn in de landen alwaar 2G wel is ingevoerd ook modellen beschikbaar van de omikronvariant die een doorrekening van de effectiviteit van de verschillende modaliteiten laten zien?

De omikronvariant in combinatie met 2G beleid is in andere landen nog te kort van toepassing om dit soort doorberekeningen in modellen van deze landen te kunnen vatten.

109 Kunt u bevestigen dat besmettingen en ziekenhuisopnames ten opzichte van geen CTB, de deltavariant betreft en dus niet de omikronvariant?

In het onderzoek worden zowel de uitkomsten op basis van de deltavariant (hoofdstuk 6) als de actualisering op basis van de omikronvariant (hoofdstuk 7) gegeven.

110 Wordt de werking van de testen beïnvloed door de varianten die zich steeds ontwikkelen?

Het RIVM (bron: [Technical-evaluation-of-SARS-CoV-2-Self-test-with-omicron-variant_Final.pdf](#) (rivm.nl)) heeft voor een 6-tal antigeentesten onderzocht of de zelftesten goed werken bij de omikronvariant. De testen zijn ook geschikt om de omikronvariant vast te stellen. Wel kan het zo zijn dat testen beïnvloed wordt door mutaties in het virus, als de targets waarop PCR-testen gericht zijn muteren, of als het virusverloop van het virus verandert. Als er nieuwe varianten optreden, wordt dit onderzocht.

111 Is de duur van de werking van de booster meegenomen?

De onderzoekers werken met constante parameters, en maken een schatting van de huidige vaccineffectiviteit. De onderzoekers bevelen aan het onderzoek iedere 3 à 4 weken te herhalen als de epidemiologische situatie is veranderd. Als de vaccinatiegraad hoger wordt of de vaccineffectiviteit van de boost over tijd verandert, moeten de uitkomsten voor een precieze schatting worden geactualiseerd.

112 Is het door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) benoemde effect van meerdere boosters achter elkaar op de weerstand (deze vermindert) meegenomen in de afweging en inschatting?

Dit is in dit onderzoek nog niet in de berekeningen meegenomen.

113 Als iets wordt geconcludeerd over «de invoering van CTB-beleid», slaat dit dan zowel op het wetsvoorstel met betrekking tot 2G, als ook op het wetsvoorstel om het CTB de werkvloer toe te passen?

Het onderzoek richt zich op de effectiviteit van het 1G-, 2G- en 3G-ctb op een locatie. Het belang is dus voor beide wetsvoorstellen, het wetsvoorstel Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen en het wetsvoorstel Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen – alsook voor het ctb in het onderwijs).

114 Wat zijn de uitgangspunten geweest bij de berekening van de (relatieve) effectiviteit van het CTB op de werkvloer, in de zin van waar men vanuit is gegaan in de aantallen werkplekken waar de CTB zou gaan gelden, welke aantallen mensen en wat voor soort werkplekken heeft men verondersteld (veel contacten versus weinig contacten)?

In het onderzoek is een contactmatrix gebruikt waarin vier soorten locaties zijn opgenomen: thuis, werk, school en overig. Voor elk van de locaties wordt gerekend met contacteenheden. Deze zijn een uitdrukking van het risico van contact op die locatie. Binnen de klasse werk zijn natuurlijk zeer veel verschillende settings mogelijk, maar binnen het model zijn alle werkplekken gelijk verondersteld.

115 Hoe beoordeelt u de inzet van CTB onder de huidige situatie, overwegende dat uit het rapport blijkt dat de inzet van het CTB in relatie tot de epidemiologische situatie en het geldende maatregelenpakket dient te worden gezien?

Ik kom alles overziend tot de conclusie dat het rapport een belangrijke bijdrage levert aan de epidemiologische onderbouwing van de inzet van het coronatoegangsbewijs. Hoewel de effectiviteit met de komst van de omikronvariant is verminderd, zorgt het ctb er nog steeds voor dat er veiliger kan worden versoepeld. Zeker bij een hoog aantal besmettingen, is het absolute aantal besmettingen en ziekenhuisopnames dat kan worden voorkomen groot. Als het aantal contacten in de samenleving toeneemt door verdere versoepelingen, dan kan de stijging in het aantal besmettingen worden beperkt met het ctb. De verdere inzet van het ctb, wordt bij ieder besluitvormingsmoment gewogen. Het OMT kan daarbij ook gevraagd worden te adviseren over de mate waarin de inzet van het ctb gegeven de epidemiologische omstandigheden noodzakelijk is.

116 Zijn de onderzoekers er bij de berekening van de effectiviteit van de CTB op de werkvloer vanuit gegaan dat de basismaatregelen, zoals de anderhalve meter, van kracht zouden blijven? In hoeverre is verondersteld dat persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt worden als de anderhalve meter niet in acht kan worden genomen en in hoeverre of de ventilatie op de werkplek al dan niet in orde is?

In de berekeningen voor dit onderzoek is geen rekening gehouden met andere maatregelen. Er is alleen gekeken naar de effectiviteit van het ctb.

117 Hoe interpreteert u dit model in het licht van het gegeven dat de omikronvariant zeer besmettelijk is (een R-waarde van ver boven de 1 tijdens een lockdown)?

Het onderzoek laat zien dat het ctb een belangrijke bijdrage kan leveren aan het pandemiebeleid. Afhankelijk van de epidemiologische omstandigheden, kan de invoering van een ctb het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames op een locatie flink laten dalen, en bovendien voor een

significante reductie van het reproductiegetal zorgen. Die reductie wordt groter naarmate het ctb breder wordt ingezet. Zeker bij een reproductiegetal rond de 1, is die reductie van groot belang en kan die het verschil betekenen tussen exponentiële daling en exponentiële groei. Als het reproductiegetal ver boven de 1 is, kan de inzet van een ctb ervoor zorgen dat het aantal besmettingen minder snel stijgt dan zonder de inzet van een ctb. Zeker bij hoge besmettingsaantallen is het absolute aantal besmettingen dat kan worden voorkomen met de inzet van een ctb groot.

118 Hoe vaak moet een test worden afgenomen voor de modaliteit 1G?

Dat is afhankelijk van de geldigheidsduur van een test. Op dit moment kan men toegang krijgen binnen 24 uur na een negatieve testuitslag.

119 Klopt het dat een modaliteit als 1G effectiever wordt in een situatie waar veel besmettingen zijn, zoals op dit moment (onder andere vanwege de positief voorspellende waarde van testen)? En klopt het dat 1G minder effectief en 2G effectiever wordt als er minder besmettingen zijn?

Het verschil in effectiviteit van de modaliteiten komt vooral door het verschil in bescherming tegen besmetting en niet zozeer door het aantal besmettingen.

Het klopt dat de effectiviteit van 1G minder afhankelijk is van de mate van immuniteit van de bevolking dan 2G of 3G. Het gaat dan niet zozeer om het aantal besmettingen als wel om de bescherming tegen besmetting door vaccinatie en door een doorgemaakte infectie. 2G en 3G zijn vooral effectief bij een groot verschil in bescherming tussen de groep ongevaccineerden die geen ctb heeft en de groep die een ctb heeft gekregen via een vaccin of omdat zij een herstelbewijs hebben gekregen.

120 Hoe verandert de noodzaak van het op dit moment invoeren van 2G door de conclusie in het rapport dat in de huidige epidemiologische situatie het verschil in invloed tussen 2G- en 3G-beleid op het reproductiegetal zeer beperkt is?

Uit het onderzoek blijkt dat in de huidige epidemiologische situatie het onderscheid in effectiviteit tussen 2G en 3G beperkt is.

Ik heb uw Kamer in overweging gegeven om de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

121 Hoe wordt naar aanleiding van de conclusies van het rapport de mogelijkheid om 1G in te voeren verkend, eventueel in plaats van 2G?

In de uitvoering wordt deze mogelijkheid verkend. De inzet van 1G kent een veel grotere uitvoeringslast en hogere kosten, omdat er meer getest moet worden dan bij 3G of 2G het geval is. Het aantal testen dat nodig is voor een brede invoering van 1G is niet uitvoerbaar. 1G kan voor een select type activiteiten en locaties mogelijk een oplossing zijn, vanwege het grotere effect op de verspreiding van het virus.

122 Hoe schat u de effectiviteit van 2G in als ongevaccineerden, die vanwege 2G contacten moeten mijden, die contacten vervangen voor andere contacten met een hoog besmettingsrisico?

De effectiviteit van 2G neemt af, als er meer compenserend gedrag plaatsvindt. In figuur 24 is weergegeven wat de impact van 30% compenserend gedrag bij 2G op de R is.

123 Wat zou de meest effectieve maatregel in het reduceren van het reproductiegetal zijn geweest zonder de omikronvariant (situatie deltavirus in november)? Kunt u daar een rangschikking in maken?

Op basis van dit onderzoek is daarvoor geen rangschikking te maken. De basismaatregelen: afstand houden, direct testen en thuisblijven bij klachten, handen wassen & hygiëne en zorgen voor voldoende frisse buitenlucht zijn de belangrijkste maatregelen in het bestrijden van een pandemie.

124 Welke variabelen zijn gebruikt voor de doorrekeningen van 1G, gezien één van de conclusies van het onderzoek is dat het invoeren van 1G een veel grotere invloed heeft op het verlagen van besmettingen en ziekenhuisopnames? Is rekening gehouden met superspreadingevents, zoals het kerstfeest in Malaga waar 70 van de 173 aanwezige artsen en ic-verpleegkundigen corona kregen terwijl ze allemaal driemaal waren gevaccineerd en getest? Wat is uw reactie op dit superspreadingevent?

De onderzoekers wegen voor de keuze voor de testeffectiviteit een aantal dingen af:

- De testsensitiviteit.*
- Het feit dat de populatie die een QR-code wil verkrijgen, niet volledig asymptomatisch is.*
- Het feit dat niet alle personen die positief testen, besmettelijk zijn op het evenement.*
- De kans dat iemand tussen test en toegang alsnog besmettelijk wordt.*

Alles overziend schatten zij een testeffectiviteit van 67,5% voor de deltavariant, en 55–67,5% voor de omikronvariant. Beide modellen zijn gebaseerd op een gemiddeld effect waar superspreadingevents in verdisconteerd zijn. Of 1G bij een event 70 besmettingen voorkomt of bij 70 evenementen 1 besmetting, heeft op het gemiddelde gedrag, en dus op het reproductiegetal, geen effect. In het model is meegenomen dat geboosterde individuen besmet kunnen raken, wel is deze kans kleiner.

125 Klopt het dat de inzet van 2G en 3G nauwelijks effect heeft en dat in de berekening van de effectiviteit van deze maatregelen meegenomen is dat 2G ook op werk en in supermarkten van toepassing is? Klopt het dat de effecten van 2G en 3G in de praktijk dan nog minder effect zal sorteren omdat in deze sectoren geen 2G zal gaan gelden?

Ik kom alles overziend tot de conclusie dat het rapport een belangrijke bijdrage levert aan de epidemiologische onderbouwing van de inzet van het coronatoegangsbewijs. Hoewel de effectiviteit met de komst van de omikronvariant is verminderd, zorgt het ctb er nog steeds voor dat er veiliger kan worden versoepeld. Zeker bij een hoog aantal besmettingen, is het absolute aantal besmettingen en ziekenhuisopnames dat kan worden voorkomen groot. Als het aantal contacten in de samenleving toeneemt door verdere versoepelingen, dan kan de stijging in het aantal besmettingen worden beperkt met het ctb. De verdere inzet van het ctb, wordt bij ieder besluitvormingsmoment gewogen. Het OMT kan daarbij ook gevraagd worden te adviseren over de mate waarin de inzet van het ctb gegeven de epidemiologische omstandigheden noodzakelijk is.

126 Hoe verhouden de uitkomsten van het onderzoek zich tot (het tijdelijke) artikel 58b, tweede lid, onderdeel c van de Wet publieke gezondheid? Kunt u onderbouwen waarom invoering van 2G en uitbreiding van de coronapas naar onderwijs en werk «evenredig» zou zijn?

Ik heb uw Kamer in overweging gegeven om de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

Met betrekking tot arbeidsplaatsen stelde het OMT in zijn 128^e advies dat door controle op een ctb mogelijk te maken in de werksituatie, transmissie van het virus op de werkvloer kan worden gereduceerd. Het OMT adviseerde ook om het mogelijk te maken om in het middelbaar beroeps- onderwijs en hoger onderwijs (mbo, hbo, en wo) het ctb in te voeren om transmissie van SARS-CoV-2 te verminderen. Uit het onderzoek blijkt dat de inzet van het 2G- en 3G-ctb minder effectief is in de context van de omikronvariant dan in de context van de deltavariant. Desondanks kan onder bepaalde omstandigheden een dempend effect zijn op de virusverspreiding. Om die reden wil het kabinet de toepassing van het ctb kunnen uitbreiden naar onderwijs en werk om dit in te kunnen zetten als dit nodig is. Ook voor de middellange en lange termijn is het goed om in geval van nieuwe virusvarianten deze instrumenten in de gereedchapskist te hebben.

Voordat het ctb kan worden ingezet in het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs, zullen deze sectoren eerst moeten zijn aange- wezen bij de algemene maatregel van bestuur waarvan het ontwerp bij uw Kamer voorligt. Voor de inzet van het ctb op arbeidsplaatsen en het 2G-ctb in de aangewezen sectoren is op dit moment een tweetal wetsvoorstellen bij uw Kamer aanhangig.

Vervolgens zal bij de daadwerkelijke inzet van het ctb aan de hand van de actuele epidemiologische en maatschappelijke omstandigheden in concreto moeten worden beoordeeld of aan de eisen ter rechtvaardiging van de beperking van grond- en mensenrechten wordt voldaan.

127 Wat betekenen de uitkomsten van het onderzoek voor de huidige verplichtingen van het CTB in bijvoorbeeld sportvoorzieningen? Is dit nog proportioneel, mede gelet op artikel 58ra, tweede lid, onderdeel a?

Ondanks dat het 3G-ctb minder effectief is in de context van de omikron- variant dan van de deltavariant en ten opzichte van het 1G-ctb, levert de inzet van het 3G-ctb – ook in de analyse van de TU Delft e.a. – nog steeds een bijdrage aan de reductie van het risico op verspreiding van het virus. Met de inzet van dit ctb kan beperkt worden dat besmettelijke personen het virus op anderen overdragen die daar vervolgens (ernstig) ziek van worden, in het ziekenhuis terecht komen, langdurig gevolgen ervan ondervinden of zelfs overlijden. De inzet verkleint dus de kans op verspreiding van het virus en als afgeleide daarvan remt het de toename van het aantal besmettingen van COVID-19.

Proportionaliteit is de balans tussen de omvang van de grond- en mensenrechtenbeperking van een maatregel enerzijds en het met de maatregel nagestreefde doel anderzijds. Nu in de huidige epidemiolo- gische situatie de effectiviteit van het ctb is afgenomen, is in het kader van de proportionaliteitstoets opnieuw afgewogen of er nog steeds sprake is van een juist evenwicht tussen enerzijds de risicoreductie die met de inzet van het ctb kan worden bereikt en anderzijds de beperking van grond- en mensenrechten die de inzet van deze maatregel meebrengt. Het kabinet is zich terdege van bewust dat het ctb voor delen van de samenleving een beperking is en tevens de belangen van ondernemers raakt. Tegelijkertijd maakt de regering uit het advies van het OMT en uit de resultaten van het onderzoek van de TU Delft e.a. op dat het ctb ook in de context van de omikronvariant een bijdrage levert aan het beperken van het aantal covid-patiënten dat moet worden opgenomen in ziekenhuizen en op de

intensive care. Daarnaast merkt het OMT op dat de inzet van het ctb niet moet worden gezien als individueel instrument, maar moet worden gezien als onderdeel van een pakket van maatregelen en in die zin een effect teweeg brengt. In dit stadium van de pandemie verwacht het kabinet voldoende effectiviteit van het ctb om in balans te zijn met de impact op grond- en mensenrechten. Dit maakt dat het kabinet ook voor sportvoorzieningen vasthoudt aan de inzet van het ctb voor toegang.

128 Kan hieruit worden afgeleid dat het inzetten van 2G als drangmiddel om mensen te vaccineren een tegenovergesteld effect zal hebben? In hoeverre acht u het CTB op de werkvloer nog proportioneel op basis van de resultaten van dit onderzoek?

Vooropgesteld moet worden dat het wetsvoorstel Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen geen vaccinatiedrang als doel of neven doel heeft, dit kan wel een neveneffect zijn. Met de inzet van het ctb kunnen risico's worden beperkt bij het heropenen of geopend houden van delen van de samenleving en de economie. Uit het onderzoek blijkt dat de inzet van het 3G-ctb weliswaar minder effectief is in de context van de omikronvariant dan in de context van de deltavariant, maar kan desondanks onder bepaalde omstandigheden een dempend effect zijn op de virusverspreiding. Hierbij is de effectiviteit hoger bij een brede inzet van het ctb. Bij de daadwerkelijke inzet van het 3G-ctb op arbeidsplaatsen, indien mogelijk gemaakt op basis van het wetsvoorstel Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen, zal aan de hand van de actuele epidemiologische en maatschappelijke omstandigheden in concreto moeten worden gemotiveerd dat aan de eisen ter rechtvaardiging van de beperking van grond- en mensenrechten wordt voldaan.

129 Hoe interpreteert u de effectiviteit van 1G, 2G, 3G of 2G-plus, omdat deze effectiviteit afhankelijk is van de uitvoerbaarheid (2G is eenvoudiger uit te voeren dan 3G en 1G is in veel settings onuitvoerbaar)?

De modellen bieden een goed inzicht in de effectiviteit van de verschillende ctb-modaliteiten, zowel op individueel niveau als op het reproductiegetal. Tegelijkertijd vereist de interpretatie van de modeluitkomsten voorzichtigheid. Trends en relatieve verschillen zijn belangrijker dan de exacte numerieke uitkomsten. Bij de uiteindelijk inzet van het ctb moet niet alleen naar de epidemiologische aspecten worden gekeken, maar moet ook een bredere afweging worden gemaakt over de kosten, de uitvoerbaarheid en de medisch-ethische aspecten. Dat is geen onderdeel van dit rapport.

130 Welke plaats heeft de proportionaliteit van 2G in de overwegingen over dit instrument in het licht van de nieuwe informatie over de effectiviteit?

Uit de nieuwe informatie uit het onderzoek van de TU Delft e.a. blijkt dat de inzet van het 2G-ctb minder effectief is in de context van de omikronvariant dan in de context van de delatavariant, maar kan desondanks onder bepaalde omstandigheden een positief effect zijn op het dempen van de virusverspreiding. Voordat een 2G-ctb daadwerkelijk wordt ingezet, zal aan de hand van de actuele epidemiologische en maatschappelijke omstandigheden in concreto moeten worden gemotiveerd dat aan de eisen ter rechtvaardiging van de beperking van grond- en mensenrechten wordt voldaan. Het proportionaliteitsvereiste heeft daarbij een centrale plaats.

Ik heb uw Kamer in overweging gegeven om i de behandeling van de tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen (Kamerstuk 35 973) vooralsnog aan te houden.

131 Is er bij 2G een punt waarbij de effectiviteit van die maatregel te laag wordt om, mede gelet op het feit dat ongevaccineerden dan uitgesloten worden van bepaalde sectoren, het in de praktijk in te voeren? Zo ja, bij welke effectiviteit, uitgedrukt in besmettingen en ziekenhuisopnames, is de invoering van 2G nodig en wanneer niet meer?

De inzet van elke vorm van ctb moet altijd gezien worden in het licht van proportionaliteit en effectiviteit van de maatregel. Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden. Wanneer die doelstelling niet langer wordt bereikt is de inzet van ctb niet langer noodzakelijk en proportioneel. Op basis van dit onderzoek is hiervoor geen specifiek punt aan te wijzen.

132 Welk doel moet 2G dienen? Gaat het om het kunnen openen van nu nog gesloten sectoren, om ongevaccineerden te weren van die sectoren, het verminderen van besmettingen of ziekenhuisopnames of een combinatie van die doelen? Waar ligt de nadruk op?

Het doel van het ctb is het bieden van de mogelijkheid om de samenleving voor iedereen eerder te heropenen en langer open te houden.

133 Is het voor alle maatregelen mogelijk om op deze manier het effect op het reproductiegetal te berekenen, gezien hier te lezen is dat 2G in optimale situatie tot 16% reductie leidt van het reproductiegetal – wat vergelijkbaar is met het sluiten van de horeca?

Met modellering is het, met voldoende beschikbare data, mogelijk om voor verschillende maatregelen de effectiviteit op het beperken van besmettingen te berekenen.

134 Met welke effectiviteit van het herstelbewijs (dus kans op toch een positieve besmetting) is er bij deze modellen gerekend?

In de modellering is verondersteld dat de bescherming door eerdere infecties gelijk is aan vaccinatie. In tabel 14 wordt de effectiviteit uiteengezet. In het verwachte scenario is reductie in ziekenhuisopnames 85%, de reductie in transmissie (infectiousness) 50% en de reductie in kwetsbaarheid (susceptibility 50%). Voor de omikronvariant wordt verondersteld dat de effectiviteit van het herstelbewijs gelijk is aan de vaccineffectiviteit zonder booster. Dat is 70% voor ziekenhuisopnames, 20% voor kwetsbaarheid en 37% voor transmissie.

135 Wat is op basis van de modellering te zeggen over de effectiviteit van een CTB op de ziekenhuisopnames? Is dit op basis van de modellering van het Next Generation Model ook te zeggen?

Op basis van het Risico Taxatie Model, kan de relatieve afname in het risico op individuele locaties worden geschat (zie figuur 22 en 23 voor het effect bij de omikronvariant). Op basis van het Next Generation Model, kan geen inschatting worden gemaakt van de impact op de ziekenhuisopnames. De onderzoekers geven aan dat het voor vervolgonderzoek wenselijk is om op basis van het reproductiegetal ook het aantal besmettingen en ziekenhuis- en IC- opnames te kunnen berekenen.

136 Zijn de gedragseffecten, het compenserend gedrag van niet-gevaccineerden bij een 2G-CTB, uit te drukken in een toename van het reproductiegetal? Zo ja, wat is deze?

Uit het gedragsonderzoek volgt dat ongeveer 40% van de ongevaccineerden compenserend gedrag zal vertonen wat betekent dat zij voor alternatieve activiteiten kiezen met andere mensen dan hun gezinsleden. In figuur 24 op bladzijde 52 laten de onderzoekers zien welk effect compenserend gedrag in de modellering heeft op het reproductiegetal.

137 Op welke datum wordt dit onderzoek herzien, aangezien het onderzoek aanbeveelt dit onderzoek maandelijks te herijken?

De aanbeveling van de onderzoekers om het model met enige regelmaat te doorlopen, neem ik over. Een precieze datum hiervoor is nog niet afgesproken.

138 Zijn de onderzoekers, bij een herijking van dit model, van plan om gevaccineerd (bij 2G) te definiëren als: volledig gevaccineerd én geboost? Zo nee, waarom niet?

De onderzoekers zullen bij een herijking kijken naar de definitie en de voorwaarden die het kabinet stelt en op basis daarvan een nieuwe doorrekening maken.

139 Kan bij de herijking van het model een modaliteit worden berekend waarbij het herstelbewijs geen onderdeel meer is van 2G? Zo ja, bent u bereid dit in de onderzoeksvraag te verwerken? Zo nee, waarom niet?

Het is mogelijk om bij vervolgonderzoek te vragen om het herstelbewijs buiten de modellering te houden. Het kabinet is niet voornemens om dat te doen en er zijn geen voornemens om een 1G beleid voor alleen gevaccineerden in te voeren. In het onderzoek worden veel verschillende scenario's en gevoeligheidsanalyses gedaan, en de meerwaarde van deze uitbreiding is beperkt.

140 Wordt de aanbeveling van de onderzoekers om de modellen maandelijks te actualiseren en te verfijnen met nieuw vergaarde data en inzichten uit binnen- en buitenland opgevolgd?

De aanbeveling van de onderzoekers om het model met enige regelmaat te doorlopen, neem ik over.

141 Zullen de aanbevelingen uit het rapport verder opgepakt worden? Zo ja, op welke manier?

Een goede afweging van moment en setting van onderzoek naar de inzet van ctb is van belang. Uit het rapport blijkt dat er ook Europees nog niet veel onderzoek naar ctb-beleid is gedaan. Er is – overeenkomstig de aanbevelingen – ruimte voor verbetering en verfijning van het onderzoek en het is het wenselijk het onderzoek te actualiseren.

142 Kunt u aangeven hoeveel testen dagelijks nodig zullen zijn als overgegaan wordt op een 1G beleid? Welke budgettaire en personele kaders zijn hiermee gemoeid?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact op het reproductiegetal als het breed wordt ingezet; in alle ctb-sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. in de brief 1G overwegingen van mijn ambtsvoorganger wordt

voorgerekend dat afhankelijk van de methode van schatten dat tussen de ca 30 en 47 mln. testen per week kan opleveren tegen respectievelijk € 545 mln en € 829 mln. aan kosten per week.¹¹

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij twee redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijvers. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. Daarboven gaan GGD'en en SON concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputtelijk. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen. Wanneer 1G bijvoorbeeld alleen bij hoog-risico evenementen en activiteiten ingezet wordt, is het volgens SON misschien wel haalbaar met de huidige testcapaciteit, afhankelijk van de afbakening van de inzet.

143 Bent u bereid deze doorrekeningen van CTB-modaliteiten maandelijks te actualiseren en te verfijnen met nieuw vergaarde data en inzichten uit binnen- en buitenland, omdat ze nu eenmaal momentopnames zijn en de variabelen sterk wisselen per coronavariant? Zo nee, waarom niet?

De aanbeveling van de onderzoekers om het model met enige regelmaat te doorlopen, neem ik over.

144 De vragenlijst bij het gedragsonderzoek stoelt op aannames en schattingen, welke marges zijn hierbij van toepassing?

De foutmarge van de resultaten die gebaseerd zijn op de steekproef, is 1,91%. Als er van wordt uitgegaan dat de groep ongevaccineerden representatief is voor de gehele populatie in Nederland, is de foutmarge bij de resultaten in die doelgroep 3,5%.

145 Waarom is ervoor gekozen de vragenlijst bij het gedragsonderzoek breder te trekken, richting vragen over financiële houdbaarheid in de persoonlijke levenssfeer, mentaal welbevinden, huidige arbeidsstatus en vragen over de bestrijdingsaanpak? Wat wordt er met deze informatie gedaan?

Deze vragen zijn gesteld als achtergrondinformatie en zijn in het onderzoek verder niet gebruikt. Verschillende achtergrondvragen zijn gesteld met als doel om een goed gevoel te krijgen over de representativiteit van de steekproef (bijvoorbeeld arbeidsstatus). Andere vragen zijn gesteld om eventueel latente klassen in de bevolking te identificeren. Dit is wel gedaan bij eerdere onderzoeken, maar de onderzoekers zagen niet direct de meerwaarde om de respondenten verder op te delen in verschillende segmenten wat betreft hun gedrag.

146 Waarom staan er geen stellingen in de vragenlijst opgenomen omtrent bijvoorbeeld de keuze tussen 2G of 3G of het sluiten van sectoren?

¹¹ Kamerstuk 25 295, nr 1557.

Om de respons op de vragenlijst zo groot mogelijk te maken is ervoor gekozen deze beperkt te houden. Daarbij zijn de vragen vooral gericht op gedrag.