

Vergaderjaar 2021–2022

35 526

Tijdelijke bepalingen in verband met maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19 voor de langere termijn (Tijdelijke wet maatregelen covid-19)

25 295

InfectieziektenbestrijdingCM¹**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 25 oktober 2021

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V)², voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)³, voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ)⁴, en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO)⁵ hebben kennisgenomen van uw brieven van 14 september 2021⁶, 17 september 2021⁷ en 30 september 2021⁸. De leden van de fracties van **VVD**, **GroenLinks**, **D66**, **PVV** en **PvdD** hebben naar aanleiding daarvan nog

¹ De letters CM hebben alleen betrekking op 35 526.

² Samenstelling:

Backer (D66), De Boer (GL) (*voorzitter*), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Rombouts (CDA), Baay-Timmerman (50PLUS), Adriaansens (VVD), arbouw (VVD), Bezaan (PVV), De Blécourt-Wouterse (VVD), Dittrich (D66), Doornhof (CDA), Janssen (SP), Karimi (GL), Meijer (VVD), Nicolai (PvdD), Otten (Fractie-Otten) (*ondervoorzitter*), Recourt (PvdA), Rietkerk (CDA), Veldhoen (GL), Van Wely (Fractie-Nanninga), Nanninga (Fractie-Nanninga), Raven (OSF), Karakus (PvdA), Talsma (CU) en Hiddema (FVD).

³ Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Adriaansens (VVD) (*voorzitter*), Van der Burg (VVD), Dessing (FVD), Van Gurp (GL), Prast (PvdD), Van Pareren (Fractie-Nanninga) (*ondervoorzitter*), Prins (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Van der Voort (D66), Keunen (VVD), Hermans (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Karakus (PvdA).

⁴ Samenstelling:

Kox (SP), Ganzevoort (GL), De Boer (GL), Van Hattem (PVV), Pijlman (D66), Rombouts (CDA), Schalk (SGP), Koole (PvdA), Klip-Martin (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), Bezaan (VVD), Van der Burg (VVD), Crone (PvdA), Dittrich (D66) (*voorzitter*), Doornhof (CDA), Frentrop (FVD), Meijer (VVD), Nicolai (PvdD) (*ondervoorzitter*), Rietkerk (CDA), Rosenmöller (GL), De Vries (Fractie-Otten), Keunen (VVD), Van der Linden (Fractie-Nanninga), Van Pareren (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Talsma (CU).

⁵ Samenstelling:

Atsma (CDA), De Boer (GL), Van Dijk (SGP), Pijlman (D66), Klip-Martin (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), arbouw (VVD), Bezaan (PVV), Fiers (PvdA), Dessing (FVD), Geerdink (VVD), Janssen (SP), Kluit (GL), Van der Linden (Fractie-Nanninga), Meijer (VVD) (*voorzitter*), Moonen (D66), Nicolai (PvdD), Prins (CDA), Recourt (PvdA), Rietkerk (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Van Pareren (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Karakus (PvdA) (*ondervoorzitter*).

⁶ *Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CH.*

⁷ *Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CG.*

⁸ *Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI.*

vragen en hebben op 8 oktober 2021 een brief gestuurd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Minister heeft op 22 oktober 2021 aangegeven dat het beantwoorden van de vragen en de afstemming met de betrokken partijen meer tijd vergt.

De Minister heeft op 25 oktober 2021 inhoudelijk gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier voor dit verslag,
De Boer

BRIEF VAN DE VOorzITTERS VAN DE VASTE COMMISSIES VOOR JUSTITIE EN VEILIGHEID, VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT, BINNENLANDSE ZAKEN EN DE HOGE COLLEGES VAN STAAT/ ALGEMENE ZAKEN EN HUIS VAN DE KONING EN INFRASTRUCTUUR, WATERSTAAT EN OMGEVING

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 8 oktober 2021

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ), en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO) hebben met belangstelling kennisgenomen van uw brieven van 14 september 2021⁹, 17 september 2021¹⁰ en 30 september 2021¹¹.

De leden van de fracties van **VVD, GroenLinks, D66, PVV** en **PvdD** hebben naar aanleiding daarvan nog vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De **VVD**-fractieleiden hebben kennisgenomen van de stand van zakenbrief Covid-19 d.d. 14 september 2021 gericht aan de Tweede Kamer, waarvan de Eerste Kamer een afschrift heeft ontvangen. Zij hebben vragen over het onderdeel van de brief dat gaat over de maatschappelijke en ethische gevolgen van de oplopende vaccinatiegraad (paragraaf 6).

Op pagina 25 van de brief schetst u een aantal dilemma's dat ontstaat nu een groot deel van de bevolking is gevaccineerd en een klein deel nog niet. Een helder antwoord op deze vraag blijft echter uit. De VVD-fractieleiden vinden dit onbevredigend. Ook zij zien diverse dilemma's, maar het helpt niet om hier nu een brede maatschappelijke discussie over te voeren zoals u doet. Mensen hebben nu behoefte aan duidelijkheid, zeker daar waar het gaat om het beschermen van kwetsbaren in de zorg, maar ook als het gaat om het maatschappelijk verkeer waaraan kwetsbaren ook weer veilig willen kunnen deelnemen.

Het is mooi dat u vasthoudt aan de vrijheid om te kiezen of je gevaccineerd wilt worden of niet. Maar de vraag hoever je wilt gaan in het eerbiedigen van de vrijheid van de één, daar waar de veiligheid van de ander in gevaar wordt gebracht, vraagt ook om een antwoord. Bij de vrijheid om te kiezen hoort immers ook de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van die keuze. Bijvoorbeeld, voor een werknemer in de zorg kan dit betekenen dat je niet langer in aanraking mag komen met cliënten met een kwetsbare gezondheid. Zeker niet nu we weten dat bij kwetsbaren de beschermingsgraad van de vaccinatie afneemt en dat niet-gevaccineerden een hoger transmissierisico vormen. Bent u het met de VVD-fractieleiden eens dat het gezien de nauwe contacten tussen zorgverlener en cliënt, het onvermijdelijk is om te weten of de betreffende zorgverlener gevaccineerd is? Deelt u met deze leden het inzicht dat een hoge vaccinatiegraad op instellings- of locatieniveau mooi is, maar dat de vaccinatiestatus van de individuele werknemer er voor de cliënt pas echt toe doet? Vindt u het niet redelijk dat cliënten en familieleden de zorgverlener vragen een vaccinatiewijs te tonen? Is het omwille van veilige zorg niet noodzakelijk dat werkgevers inzicht hebben in welke werknemers gevaccineerd zijn en

⁹ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CH.

¹⁰ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CG.

¹¹ Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI.

welke niet? En dat werkgevers omwille van het kunnen plannen van zorg, de vaccinatiestatus ook moeten kunnen vastleggen? Wat gaat u concreet op korte termijn doen om het veiligheidsrisico dat ongevaccineerde zorgmedewerkers vormen voor hun cliënten, te beperken? Bent u niet bevreesd dat bij het niet tijdig nemen van maatregelen om ongevaccineerde zorgverleners te weren bij kwetsbare cliënten, als alternatief weer op grote schaal beschermende kleding (PBM) moet worden ingezet? De afgelopen periode heeft aangetoond dat het dragen van PBM niet alleen confronterend is, maar ook schadelijk is voor het welbevinden van cliënten. Vindt u dit aanvaardbaar? De VVD-fractieleden vinden het voorstel om op basis van vrijwillig gegeven informatie de niet-gevaccineerde medewerker zodanig in te roosteren dat deze niet met kwetsbare cliënten in aanraking komt, onrealistisch en niet sociaal richting de collega's die wel gevaccineerd zijn. Dit leidt mogelijk tot ongelijke verdeling van de werklast en meer verzuim. De VVD-fractieleden vragen u daarom op korte termijn duidelijkheid te geven over op welke wijze zorgwerkgevers toegang kunnen krijgen tot de vaccinatiestatus van de werknemers.

Een ander zorggerelateerde kwestie betreft het niet testen of opvragen van de vaccinatiestatus van op te nemen niet-Covid-gerelateerde patiënten in ziekenhuizen. De leden van de VVD-fractie horen verontrustende verhalen van patiënten die in het ziekenhuis besmet worden door (ongevaccineerde) medepatiënten die zonder het te weten of te melden, besmet zijn met Covid-19. Dit heeft voor betrokkenen onder andere tot gevolg dat geplande operaties niet door kunnen gaan, met alle gevolgen van dien. Dat patiënten voor opname niet zouden mogen worden gecontroleerd op een eventuele asymptomatische besmetting, bevreemdt de leden van de VVD-fractie. Voor andere meldingsplichtige infectieziektes gelden immers strakke richtlijnen om verspreiding van de ziekte binnen het ziekenhuis of zorginstelling te voorkomen. Als voorbeeld wordt verwezen naar de MRSA¹²-richtlijn die een strakke screening voorafgaande aan een eventuele opname kent. Kunt u aangeven waarom voor Covid-19, een A-ziekte, niet een soortgelijke richtlijn wordt gehanteerd als voor MRSA, een C-ziekte? Is het niet zo dat een dergelijke richtlijn gewoon kan worden ingevoerd op basis van bestaande wet- en regelgeving? Indien het antwoord bevestigend is, waarom is deze richtlijn er nog niet? Het verplicht tonen van het coronatoegangsbewijs (hierna: CTB) in de zorg is overigens een sneller in te voeren alternatief. Spoedeisende/acute zorg kan hiervan worden uitgezonderd. De VVD-fractieleden ontvangen graag uw reactie op dit voorstel.

Ook werkgevers vragen in relatie tot hun verantwoordelijkheid voor een veilige werkomgeving en eisen van hun klanten, duidelijkheid van u over of het CTB ook mag worden toegepast in de werkomgeving. Zo is het bijvoorbeeld in de horeca niet uit te leggen dat klanten een CTB moeten tonen, terwijl de werkgever noch de klant mag vragen of de bedienende ober ook getest of gevaccineerd is. Ook is niet uit te leggen dat werknemers zelf moeten onderzoeken of collega's met wie ze direct samenwerken geen risico vormen voor hun gezondheid. Welke maatregelen neemt u om gebruik van het CTB op korte termijn uit te kunnen breiden naar bedrijven die dit willen gaan hanteren?

Het CTB is een belangrijk, tijdelijk in te zetten hulpmiddel om de samenleving weer te kunnen openen. Tot nu toe heeft invoering van het CTB in de horeca en bij evenementen echter slechts beperkt geleid tot verhoging van de vaccinatiegraad. Om allemaal veilig te zijn, moet een vaccinatiegraad van tenminste 95% worden bereikt. Graag vernemen de

¹² Meticilline-resistente Staphylococcus aureus.

VVD-fractieleden van u welke maatregelen aanvullend op de in de stand van zakenbrief genoemde maatregelen, nog genomen worden om de vaccinatiegraad op korte termijn substantieel te verhogen. Wat vindt u bijvoorbeeld van de aanpak in Berlijn, om de nachthoreca weer volledig te openen op basis van 2G (of genezen of gevaccineerd)? De leden van de VVD-fractie verwachten dat dit vooral jongeren motiveert om zich te laten vaccineren. Zijn er ervaringscijfers, bijvoorbeeld uit Berlijn, die de verwachting van deze leden staven?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie, waarbij de D66-fractieleden zich aansluiten

De leden van de **GroenLinks**-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 30 september 2021, waarmee gereageerd wordt op de vragen van de commissies van 18 juni 2021¹³, en de brief van 14 september 2021, waarmee onder meer de Aanpak Najaar (hierna: najaarsplan)¹⁴ wordt aangeboden. U lijkt ervoor te kiezen de prevalentiegrens te vervangen door harde criteria zoals het aantal covid-19-gerelateerde intensive care-opnames en ziekenhuisopnames, zoals opgenomen in het najaarsplan. In de brief van 30 september staat op pagina 6 echter: «Daarnaast wordt bij besluitvorming naar verschillende contextindicatoren gekeken, zoals druk op de zorgketen, alsook de sociaal maatschappelijke en economische situatie.» In het najaarsplan wordt ook «dijkbewaking» als contextindicator genoemd. De leden van deze fractie wijzen erop dat bij het debat over de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen (35 807) op 25 mei jl. is toegezegd¹⁵ in het plan van aanpak criteria op te nemen voor de inzet van testen voor toegang. Deze toezegging heeft voor de leden van de GroenLinks-fractie zwaar gewogen bij het instemmen met dit wetsvoorstel. Door het opnemen van de zogenaamde contextindicatoren, en hun ruime definitie, is het zeer moeilijk geworden om de proportionaliteit van de inzet van testen voor toegang te toetsen. De leden van de GroenLinks-fractie hebben in dit kader enkele vragen, waarbij de leden van de **D66**-fractie zich aansluiten.

1. De leden van de fracties van GroenLinks en D66 vragen om de contextindicatoren om te zetten in helder geformuleerde criteria, aan de hand waarvan burgers kunnen afleiden of maatregelen op enig moment door het kabinet nog proportioneel geacht worden.
2. De leden van beide fracties krijgen daarnaast ook graag een afwegingskader aangeleverd voor de harde criteria van het najaarsplan en de contextindicatoren, zodat helder wordt welke criteria het zwaarst wegen en wat er minimaal nodig is om coronatoegangsbewijzen te kunnen handhaven.
3. Indien dit niet kan worden gegeven, bent u dan bereid de inzet van testen voor toegang te beperken tot die periodes waarin de covid-19-gerelateerde IC- en ziekenhuisopnames boven de criteria voor het niveau «zorgelijk» uit het najaarsplan uitkomen? Oftewel, bent u bereid om de contextindicatoren achterwege te laten, daar deze in hun huidige vorm te moeilijk te duiden zijn om als juridische onderbouwing voor de proportionaliteit van coronatoegangsbewijzen op niet-essentiële locaties te dienen?
4. Kan een onderbouwde appreciatie worden gegeven van de mate waarin de huidige omstandigheden voldoen aan de criteria van het kabinet om de coronatoegangsbewijzen te laten vervallen?
5. Het kabinet onderzoekt of ook werkgevers in niet-essentiële sectoren de coronapas kunnen invoeren, terwijl de wet die dit mogelijk zou

¹³ Verslag schriftelijk overleg (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526/25 295, CI).

¹⁴ *Kamerstukken I 2020/21*, 35 526/25 295, CH en bijlagen.

¹⁵ Toezegging Proportionaliteit toegangstesten in plan van aanpak (T03143).

maken, daar nadrukkelijk niet voor bedoeld was. Kunt u reflecteren op de juridische houdbaarheid van deze mogelijkheid?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de **D66**-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 14 september 2021 en de bijbehorende ministeriële regeling waarin onder andere de veilige afstand op nul meter wordt gesteld¹⁶ en de brief van 30 september 2021¹⁷, waarin onder meer wordt ingegaan op de motie-Van der Voort c.s.¹⁸ over een realistische ondergrens van de prevalentie van het aantal geschatte besmettelijke personen. De leden van deze fractie hebben de ministeriële regeling en de toelichting gespiegeld aan de motie-Van der Voort c.s. en aan de Handelingen van het debat over onder meer de Verlengingsprocedures Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (35 874) op 12 en 13 juli 2021. In dat debat hebt u gezegd: «Toen heb ik die ondergrens gesteld – ik heb daarop ook nog geen ander antwoord – op de dag dat je af kunt van de 1,5 meter. Dat is ook de dag dat je af kunt van het testen voor toegang.»¹⁹ Derhalve hebben de leden van de D66-fractie de volgende vragen geformuleerd.

1. Kunt u aangeven waarom u besloten heeft om het testen voor toegang uit te breiden op het moment dat de 1,5 meter werd opgeheven, terwijl eerder is aangegeven dat het testen voor toegang zou stoppen wanneer de 1,5 meter zou worden teruggebracht naar nihil? Hoe komt het dat u nu niet handelt volgens uw eerdere uitspraken?
2. In het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus met de Tweede Kamer op 14 juli jl. hebt u herhaald dat u de ondergrens zou laten bepalen en dit als argument in het maken van beleid zou willen inzetten. Daarbij hebt u ook gewezen op het belang om een bovengrens te formuleren en dat dat in de zomer bekend zou moeten zijn.²⁰ Uit de brief van 30 september begrijpen de leden van de D66-fractie dat het RIVM het aantal besmettelijke personen niet kan vaststellen en dat dat de beperking is om een onder- en bovengrens te bepalen. Toch is een inschatting van de prevalentie de basis voor het invoeren van maatregelen. Is er een ondergrens en bovengrens te bepalen van enig ander criterium dat een inschatting geeft van de risico's die gelopen worden om weer een verheffing van de pandemie te krijgen en daarmee gebruikt kan worden om de samenleving inzicht te geven wanneer de inzet van testen voor toegang zinvol is en wanneer niet meer?
3. Het huidige aantal positieve testen bij testen voor toegang is 0,2%. Hoe beoordeelt u dit percentage in het licht van de ondergrens of de «aan-uit knop», zoals eerder besproken en in de motie-Van der Voort c.s. geformuleerd?
4. Afrondend hebben de leden van de D66-fractie nog een vraag met betrekking tot de vaccinatiegraad. Gezien het streven naar een hoge vaccinatiegraad vragen zij zich af hoe de rol van de eerste lijn hierin is. Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners hebben een vertrouwensrelatie met burgers en kunnen derhalve een sleutelrol vervullen in het bereiken van een hoge vaccinatiegraad. Zijn er afspraken met de eerste lijn over een actieve rol om zoveel mogelijk burgers te bereiken en het gesprek over vaccinatie aan te gaan?

¹⁶ Kamerstukken I 2020/21, 35 526 / 25 295, CH en bijlagen.

¹⁷ Verslag schriftelijk overleg (Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI).

¹⁸ Kamerstukken I 2020/21, 35 807, G.

¹⁹ Handelingen I 2020/21, nr. 46, item 2, p. 23.

²⁰ Stenogram 14 juli 2021: https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2021A04873.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van 14 september 2021 en de brief van 17 september 2021 met bijlagen.²¹ Naar aanleiding daarvan hebben zij nog enige vragen.

1. Gelet op de aangenomen motie-Van Hattem c.s.²² vragen de leden van PVV-fractie om ten aanzien van de per 25 september jl. genomen maatregelen concreet aan te geven welke toetsbare indicatoren per maatregel zijn gehanteerd. Kunt u daarbij in het bijzonder aangeven in hoeverre deze motie is toegepast ten aanzien van de verplichtingen voor het coronatoegangsbewijs en het gesloten houden van de nachthoreca?
2. In de brief van 14 september jl.²³ worden weliswaar indicatoren en signaalwaarden genoemd, maar ze worden niet direct aan specifieke maatregelen gekoppeld. Bent u bereid dit gelet op voornoemde motie alsnog te doen?
3. Per 1 oktober jl. lag volgens het Coronadashboard van de rijksoverheid²⁴ het 7-daags gemiddelde van ziekenhuisopnames met 36 onder de signaalwaarde van 40 en het 7-daags gemiddelde van het aantal IC-opnames met 7 onder de signaalwaarde van 10. Volgens het schema in de Stand van zakenbrief van 14 september jl. (pagina 23) zou daarmee het risiconiveau verlaagd moeten worden van «zorgelijk» naar «waakzaam». Dit betekent ook dat de maatregelen zouden moeten worden afgeschaald en ingetrokken. De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom dit nog niet is gebeurd.
4. In de brief wordt ingegaan op de handhaving en controle van het coronatoegangsbewijs (pagina 18 en volgende). Hoeveel beleidsruimte hebben gemeenten ten aanzien van het stellen van handhavingsprioriteiten en handhavingsdoelen voor de controle en handhaving van de coronatoegangsbewijzen? In hoeverre en op welke wijze is hierbij sprake is van betrokkenheid, sturing en controle door de gemeenteraad als democratisch orgaan?
5. Op pagina 39 van deze brief staat dat € 630 miljoen is gereserveerd voor testcapaciteit tot en met eind december en spreekt over contracten in de «open house» regeling met onder andere Stichting Open Nederland. Kunt u aangeven in hoeverre er al (contractuele) verplichtingen zijn aangegaan voor heel deze periode en wat de consequenties zijn als er al eerder wordt afgeschaald en de verplichte coronatoegangsbewijzen al eerder worden stopgezet?
6. Op pagina 44 van de brief wordt ingegaan op de verstrekking van zelftesten. Volgens een bericht van Omroep Gelderland van 14 augustus jl. was een hond ernstig ziek geworden door het kauwen op een zelftest. Volgens dit bericht bevatten deze coronazelftesten het zeer giftige natrium azide en natrium azide. Expliciete waarschuwingen hiervoor zouden op de verpakking ontbreken.²⁵ Kan worden aangegeven of deze constatering kloppen en welke maatregelen het ministerie neemt om te voorkomen dat mens of dier ziek kunnen worden door deze coronazelftesten?

Vragen en opmerkingen van de leden van PvdD-fractie

De leden van de **PvdD**-fractie verzoeken u de (deel)vragen afzonderlijk en niet gecombineerd met andere vragen of vragen van andere fracties te beantwoorden.

²¹ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CH en CG.

²² Kamerstukken I 2020/21, nr. 35 526, I.

²³ Kamerstukken I 2020/21, 35 526 / 25 295, CH.

²⁴ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>.

²⁵ <https://www.gld.nl/nieuws/7343397/hond-chani-doodziek-na-kauwen-op-coronazelftest>.

Vraag 1

In artikel 58ra, tweede lid, onder a, van de Wpg is bepaald dat een vaccinatiebewijs slechts als coronatoegangsbewijs mag worden aange-merkt als op basis daarvan «kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag». Op grond van welke feitelijke gegevens is vastgesteld dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Vraag 2

In het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 wordt geconcludeerd dat vaccinatie «in meer of mindere mate [bijdraagt] aan het voorkomen van infecties bij anderen»²⁶ en «[m]eer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat»²⁷.

Vraag 2.1

Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat uit dat advies moet worden afgeleid dat ten tijde van dat advies nog niet wetenschappelijk was vastgesteld dat vaccinatie zodanig tegen transmissie beschermt, dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Vraag 2.2

Welke onderzoeken zijn er na het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 gepubliceerd die uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat?

Vraag 2.3

Hebben die in vraag 2.2 bedoelde onderzoeken ertoe geleid dat de Gezondheidsraad inmiddels heeft geoordeeld dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag? Heeft u om dat advies gevraagd?

Vraag 2.4

Beschikt u over een wetenschappelijk onderbouwd advies waaruit blijkt dat mag worden geconcludeerd dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Vraag 2.5

In de publicatie «Impact of Delta on viral burden and vaccine effectiveness against new SAR-CoV-2 infections in the UK»²⁸ wordt op pagina 8 aangegeven:

«Peak viral load therefore now appears similar in infected vaccinated and unvaccinated individuals, with potential implications for onward transmission risk, given the strong association between peak Ct and infectivity. However, the degree to which this might translate into new infections is

²⁶ Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

²⁷ Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

²⁸ Griffiënummer: 167290.211.

unclear [...]. Nevertheless, there may be implications for any policies that assume a low risk of onward transmission from vaccinated individuals (e.g. relating to self-isolation, travel), despite vaccines both still protecting against infection, thereby still reducing transmission overall.»

Kan op grond van dat onderzoek de conclusie gewettigd worden dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Vraag 2.6

Moet op grond van voornoemd onderzoek worden aangenomen dat de kans dat gevaccineerden anderen besmetten groter is dan de kans dat zij worden besmet door een persoon die beschikt over een negatieve testuitslag als bedoeld in artikel 58ra, tweede lid, onder b, van de Wpg?

Vraag 3

In uw brief van 29 april 2021 geeft u antwoord op de volgende vraag van de PvdD-fractieleden: «Deelt u het oordeel van deze leden dat het pas zin heeft om over acceptatie, gebruik en/of invoering van een vaccinatiebewijs te beslissen als vast staat dat het vaccin ertoe leidt dat de gevaccineerde niet meer anderen kan besmetten?»²⁹ Uw antwoord luidde: «Dat oordeel deel ik inderdaad.»³⁰ Op grond van welke wetenschappelijke onderbouwing bent u op dat oordeel teruggekomen?

Vraag 4

ZonMw deed onderzoek naar beweegredenen van vaccinatieweigeraars en publiceerde aanbevelingen.³¹

Vraag 4.1

Bent u bereid de aanbevelingen te volgen?

Vraag 4.2

Verdraagt zich met de aanbevelingen dat de coronapas-regeling mede tot doel heeft twijfelaars te «dringen» richting het zich alsnog laten vaccineren?

Vraag 4.3

Al eerder is door de PvdD-fractieleden gevraagd of u «het oordeel van de fractie van de PvdD [deelt] dat personen die zich in verband met mogelijke bijwerkingen van de vaccins niet willen laten vaccineren, op één lijn moeten worden gesteld met personen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccinatie, zoals bedoeld in de vraag van de SGP-fractie, die heeft geleid tot de toezegging?»³². Op die vraag gaf u geen antwoord. Kunt u die vraag alsnog beantwoorden?

Vraag 5

Tot de inwerkingtreding van de wijziging d.d. 14 september 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19, mochten beheerders van horecagelegenheden en van locaties voor kunst en cultuur personen toelaten zonder coronatoegangsbewijs.

²⁹ *Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 5.*

³⁰ *Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 14.*

³¹ <https://www.impactcorona.nl/wp-content/uploads/2021/09/Working-paper-Voor-mij-geen-coronavaccin-sept-2021.pdf>.

³² *Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 15–16.*

Vraag 5.1

Werd dat verschaffen van toegang onder de toen geldende regels veilig geacht in het licht van het tegengaan van besmettingsgevaar met Covid-19?

Vraag 5.2

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

Vraag 5.3

Bij brief van 26 augustus 2021³³ heeft de Nederlandse Vereniging van Bioscopen en Filmtheaters aan het kabinet verzocht om hun leden de mogelijkheid te bieden om na de invoering van het coronatoegangsbewijs volgens het voor dat tijdstip geldende regiem personen te mogen toelaten. Op grond van welke overwegingen is dat verzoek niet gehonoreerd? Indien op vraag 5.2 bevestigend moet worden geantwoord, hoe verdraagt zich dan daarmee dat het verzoek niet is gehonoreerd?

Vraag 6

Bij brief van 30 september 2021³⁴ heeft u eindelijk geantwoord op vragen die al op 18 juni 2021 waren gesteld. Naar aanleiding van de beantwoording hebben de PvdD-fractieleden nog de volgende vragen.

Vraag 6.1

Is het juist dat het OMT in het 102^e advies heeft aangegeven dat zolang de naleving van het quarantainebeleid in Nederland te wensen overlaat, vlieg- en aanmeerverboden dienen te worden gehandhaafd.³⁵

Vraag 6.2

Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat als na het 102^e OMT-advies zou blijken dat de naleving van het quarantainebeleid onvoldoende is, dat voor het OMT aanleiding zou vormen te adviseren de vlieg- een aanmeerverboden opnieuw in te stellen?

Vraag 6.3

Is het OMT op de hoogte gesteld van de naleving van het quarantainebeleid in de maanden nadat het 102^e OMT-advies was uitgebracht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, achtte het OMT die naleving voldoende met het oog op het tegengaan van besmettingsgevaar?

Vraag 6.4

Bij de beantwoording van vraag 6 in uw brief van 30 september jl.³⁶ heeft u nagelaten om aan te geven hoeveel inreizigers door het belteam zijn nagebeld. Wat is het aantal inreizigers dat door het belteam is nagebeld?

Door terug te rekenen vanuit de wel gegeven percentagegegevens en het feitelijk gegeven dat er 186 sancties zijn opgelegd, komen de PvdD-fractieleden tot de volgende resultaten. 186 sancties zijn opgelegd, dat is 12% van de door gemeenten uitgevoerde controles. Het aantal door gemeenten uitgevoerde controles bedroeg dus 1.550 personen. Dat was

³³ Griffiënummer: 168683.35.

³⁴ *Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, Cl.

³⁵ *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, AN, bijlage brief van het RIVM van 1 maart 2021 met het advies naar aanleiding van het 102^e OMT, p. 7.

³⁶ *Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, Cl, p. 8.

90% van de gemelde gevallen. Het aantal gevallen waarin aanleiding was om een signaal over mogelijke niet-naleving aan gemeenten door te sturen, bedroeg dus 1.722 personen. Dat was 31% van de personen die waren nagebeld. Het aantal personen dat is nagebeld, moet dus 5.554 hebben bedragen. Volgens de gegevens waren er 37.000 quarantaineverklaringen voor nabellen aangeleverd. Daarvan zijn er slechts 5.554 nagebeld. Omdat vermeld wordt dat dit 90% was van de personen van wie een juist telefoonnummer beschikbaar was, hadden dus 6.171 personen een juist en beschikbaar telefoonnummer opgegeven van de 37.000 van wie quarantaineverklaringen waren aangeleverd. Dat is slechts 16,6%. In 83,4% beschikte men dus niet over een juist telefoonnummer.

Blijkens de beantwoording van vraag 5 in uw brief van 30 september jl. zijn 190.000 personen uit een zeerhoogrisicogebied ingereisd.³⁷ Daarvan zijn slechts 5.554 personen (2,9%) door het belteam gecontroleerd, en slechts 186 personen met een sanctie bejegend.

Vraag 6.5

Is naar uw oordeel sprake geweest van voldoende controle op de naleving?

Tot slot

De leden van de commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ), en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO) zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag zo spoedig mogelijk doch uiterlijk **vrijdag 22 oktober 2021**.

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid,
M.M. de Boer

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.A.M. Adriaansens

De voorzitter van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat/Algemene Zaken en Huis van de Koning,
B.O. Dittrich

De voorzitter van de vaste commissie voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving,
H.J. Meijer

³⁷ Kamerstukken / 2021/22, 35 526/25 295, CI, p. 7.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 oktober 2021

De vragen die in uw brief van 8 oktober jl³⁸ zijn gesteld door de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ), en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO) kunnen tot mijn spijt niet binnen de gebruikelijke termijn worden beantwoord. De reden van het uitstel is dat het beantwoorden van de vragen en de afstemming met de betrokken partijen meer tijd vergt.

Ik zal u zo spoedig mogelijk de antwoorden op de vragen doen toekomen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

³⁸ Kamerstukken I 2020/2021, 167290.212u.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2021

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen die in uw brief van 8 oktober jl.³⁹ zijn gesteld door de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), voor Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ), en voor Infrastructuur, Waterstaat en Omgeving (IWO). Dit naar aanleiding van de mijn brieven van 14 september jl., 17 september en 30 september 2021 die uw Kamer in afschrift heeft ontvangen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

³⁹ Kamerstukken I 2020/2021, 167290.212u.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De VVD-fractieleden hebben kennisgenomen van de stand van zakenbrief Covid-19 d.d. 14 september 2021 gericht aan de Tweede Kamer, waarvan de Eerste Kamer een afschrift heeft ontvangen. Zij hebben vragen over het onderdeel van de brief dat gaat over de maatschappelijke en ethische gevolgen van de oplopende vaccinatiegraad (paragraaf 6).

Op pagina 25 van de brief schetst u een aantal dilemma's dat ontstaat nu een groot deel van de bevolking is gevaccineerd en een klein deel nog niet. Een helder antwoord op deze vraag blijft echter uit. De VVD-fractieleden vinden dit onbevredigend. Ook zij zien diverse dilemma's, maar het helpt niet om hier nu een brede maatschappelijke discussie over te voeren zoals u doet. Mensen hebben nu behoefte aan duidelijkheid, zeker daar waar het gaat om het beschermen van kwetsbaren in de zorg, maar ook als het gaat om het maatschappelijk verkeer waaraan kwetsbaren ook weer veilig willen kunnen deelnemen.

Het is mooi dat u vasthoudt aan de vrijheid om te kiezen of je gevaccineerd wilt worden of niet. Maar de vraag hoever je wilt gaan in het eerbiedigen van de vrijheid van de één, daar waar de veiligheid van de ander in gevaar wordt gebracht, vraagt ook om een antwoord. Bij de vrijheid om te kiezen hoort immers ook de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van die keuze. Bijvoorbeeld, voor een werknemer in de zorg kan dit betekenen dat je niet langer in aanraking mag komen met cliënten met een kwetsbare gezondheid. Zeker niet nu we weten dat bij kwetsbaren de beschermingsgraad van de vaccinatie afneemt en dat niet-gevaccineerden een hoger transmissierisico vormen. Bent u het met de VVD-fractieleden eens dat het gezien de nauwe contacten tussen zorgverlener en cliënt, het onvermijdelijk is om te weten of de betreffende zorgverlener gevaccineerd is? Deelt u met deze leden het inzicht dat een hoge vaccinatiegraad op instellings- of locatieniveau mooi is, maar dat de vaccinatiestatus van de individuele werknemer er voor de cliënt pas echt toe doet? Vindt u het niet redelijk dat cliënten en familieleden de zorgverlener vragen een vaccinatiewijs te tonen? Is het omwille van veilige zorg niet noodzakelijk dat werkgevers inzicht hebben in welke werknemers gevaccineerd zijn en welke niet? En dat werkgevers omwille van het kunnen plannen van zorg, de vaccinatiestatus ook moeten kunnen vastleggen? Wat gaat u concreet op korte termijn doen om het veiligheidsrisico dat ongevacceerde zorgmedewerkers vormen voor hun cliënten, te beperken?

Er zijn situaties denkbaar dat een zorgwerkgever – in goed overleg met zijn personeel – rekening wil houden met de vaccinatiestatus van zijn personeel, bijvoorbeeld daar waar gewerkt wordt met kwetsbare mensen. Een zorgwerkgever heeft immers meerdere plichten: de verantwoordelijkheid om een veilige werkomgeving (Arbo) en een veilige zorgomgeving (Wkkgz) te creëren en kan daar ook aansprakelijk voor worden gesteld. Ik heb de Tweede Kamer daarom toegezegd een verkenning uit te voeren naar hoe registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk gemaakt kan worden, eventueel met inzet van het CTB. Daarvoor is een wetswijziging vereist. Ik ben momenteel in gesprek met de werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg om te verkennen hoe registratie in de zorg mogelijk gemaakt zou kunnen worden. Daarnaast wordt gekeken naar de huidige vaccinatiegraad in verschillende deelsectoren en wordt het Outbreak Management Team (OMT) gevraagd te adviseren over de risico's, voorzorgsmaatregelen en handelingsopties om kwetsbare patiënten te beschermen. Deze verkenning vindt plaats in samenhang met de brede maatschappelijke discussie over het gebruik van CTB's – wat ook om ruimte voor registratie vraagt – en de mogelijkheid om deze ook voor de zorg en andere werksituaties toe te passen. Omdat in de huidige

Tijdelijke wet Coronatoegangsbewijzen werknemers worden uitgezonderd, zal het kabinet verkennen of deze uitzondering kan vervallen en onder welke voorwaarden.

Op basis van deze drie elementen neemt het kabinet begin november een besluit over een eventuele wetswijziging om registratie van de vaccinatie-status in de zorg mogelijk te maken. Het gaat uitdrukkelijk niet om een registratieplicht en evenmin zijn medewerkers verplicht mee te werken aan een uitvraag en hun vaccinatiestatus te delen.

Bent u niet bevreesd dat bij het niet tijdig nemen van maatregelen om ongevaccineerde zorgverleners te weren bij kwetsbare cliënten, als alternatief weer op grote schaal beschermende kleding (PBM) moet worden ingezet? De afgelopen periode heeft aangetoond dat het dragen van PBM niet alleen confronterend is, maar ook schadelijk is voor het welbevinden van cliënten. Vindt u dit aanvaardbaar?

Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het waarborgen van een veilige werkomgeving én voor het garanderen van veilige en goede zorg aan patiënten. Ik moedig alle werkgevers in de zorg daarom aan om binnen de eigen instelling het goede gesprek te voeren met hun medewerkers en een zorgvuldige afweging te maken hoe deze veiligheid het beste kan worden gewaarborgd. Daarbij dienen zij ook de mogelijke nadelen van het gebruik van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM's) in de afweging mee te nemen. Dit is onder meer besproken in eerdergenoemde gesprekken met werkgevers- en werknemersorganisatie in de zorg. Ook de OMT-werkgroep Langdurige Zorg heeft op 24 juni jl. gesteld, dat wanneer er geen hoge vaccinatiegraad binnen de instelling of locatie is (minimaal 80%), de instelling een afweging dient te maken van de risico's van het staken van het mondneusmaskergebruik en het belang hiervan voor de bewoners en medewerkers.

De VVD-fractieleden vinden het voorstel om op basis van vrijwillig gegeven informatie de niet-gevaccineerde medewerker zodanig in te roosteren dat deze niet met kwetsbare cliënten in aanraking komt, onrealistisch en niet sociaal richting de collega's die wel gevaccineerd zijn. Dit leidt mogelijk tot ongelijke verdeling van de werklust en meer verzuim. De VVD-fractieleden vragen u daarom op korte termijn duidelijkheid te geven over op welke wijze zorgwerkgevers toegang kunnen krijgen tot de vaccinatiestatus van de werknemers.

Zoals aangegeven, neemt het kabinet begin november een besluit over een eventuele wetswijziging om registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk te maken. Ik verwijs u verder naar bovenstaande beantwoording.

Een ander zorggerelateerde kwestie betreft het niet testen of opvragen van de vaccinatiestatus van op te nemen niet-Covid-gerelateerde patiënten in ziekenhuizen. De leden van de VVD-fractie horen verontrustende verhalen van patiënten die in het ziekenhuis besmet worden door (ongevaccineerde) medepatiënten die zonder het te weten of te melden, besmet zijn met Covid-19. Dit heeft voor betrokkenen onder andere tot gevolg dat geplande operaties niet door kunnen gaan, met alle gevolgen van dien. Dat patiënten voor opname niet zouden mogen worden gecontroleerd op een eventuele asymptomatische besmetting, bevreemdt de leden van de VVD-fractie. Voor andere meldingsplichtige infectieziektes gelden immers strakke richtlijnen om verspreiding van de ziekte binnen het ziekenhuis of zorginstelling te voorkomen. Als voorbeeld wordt

verwezen naar de MRSA⁴⁰-richtlijn die een strakke screening voorafgaande aan een eventuele opname kent. Kunt u aangeven waarom voor Covid-19, een A-ziekte, niet een soortgelijke richtlijn wordt gehanteerd als voor MRSA, een C-ziekte?

De MRSA-richtlijn geeft ziekenhuizen en andere zorginstellingen een handvat om met mogelijke MRSA besmette patiënten om te gaan. Dergelijke richtlijnen zijn er wel degelijk ook voor Covid-19. Op de website⁴¹ van de Federatie Medisch Specialisten is de «leidraad infectiepreventie maatregelen bij covid19 patiënten» te vinden met de bijbehorende matrix «Aanpassingen COVID-19 maatregelen bij dalende incidentie en toegenomen bescherming door vaccinatie/doorgemaakte infectie». Meer specifiek is er ook een «Leidraad diagnostiek bij patiënten met opname-indicatie en verdenking op COVID-19».

Is het niet zo dat een dergelijke richtlijn gewoon kan worden ingevoerd op basis van bestaande wet- en regelgeving?

Deze richtlijnen passen inderdaad binnen de bestaande wet- en regelgeving.

Indien het antwoord bevestigend is, waarom is deze richtlijn er nog niet?

Deze richtlijnen zijn er al.

Het verplicht tonen van het coronatoegangsbewijs (hierna: CTB) in de zorg is overigens een sneller in te voeren alternatief. Spoedeisende/acute zorg kan hiervan worden uitgezonderd. De VVD-fractieleden ontvangen graag uw reactie op dit voorstel.

Op dit moment worden verschillende opties verkend waaronder de inzet van het coronatoegangsbewijs in de zorg. Op basis van onder meer de gesprekken met de zorgsector en het OMT advies, neemt het kabinet begin november een besluit. Juridische, beleidsmatige en uitvoerings-technische aspecten worden hierbij in ogenschouw genomen.

Ook werkgevers vragen in relatie tot hun verantwoordelijkheid voor een veilige werkomgeving en eisen van hun klanten, duidelijkheid van u over of het CTB ook mag worden toegepast in de werkomgeving. Zo is het bijvoorbeeld in de horeca niet uit te leggen dat klanten een CTB moeten tonen, terwijl de werkgever noch de klant mag vragen of de bedienende ober ook getest of gevaccineerd is. Ook is niet uit te leggen dat werknemers zelf moeten onderzoeken of collega's met wie ze direct samenwerken geen risico vormen voor hun gezondheid. Welke maatregelen neemt u om gebruik van het CTB op korte termijn uit te kunnen breiden naar bedrijven die dit willen gaan hanteren?

Het OMT heeft in haar 126^e advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen verplicht te stellen, aangezien de 1,5 m-regel werd losgelaten. De inzet van coronatoegangsbewijzen is een mitigerende maatregel om de kans op verspreiding van het coronavirus te remmen. Op dit moment is de inzet van een coronatoegangsbewijs wettelijk verplicht voor iedereen van 13 jaar en ouder in specifieke sectoren, zoals de horeca, evenementen (waaronder festivals), publiek bij professionele sportwedstrijden en bij topcompetities en bij cultuur. Voor werknemers is nu uitdrukkelijk bepaald dat er niet gevraagd mag worden naar een coronatoegangsbewijs. Met

⁴⁰ Meticilline-resistente Staphylococcus aureus.

⁴¹ Federatie Medisch Specialisten, *Leidraad Infectiepreventie maatregelen voor de ziekenhuiszorg van COVID-19 (verdachte) patiënten* (20 november 2020).

andere woorden, bedrijven kunnen dus niet vrijwillig het gebruik van coronatoegangsbewijzen implementeren.

Zoals gemeld in de brief, verkent het kabinet of een CTB in de relatie werkgever-werknemer noodzakelijk wordt geacht voor het waarborgen van een gezonde en veilige werkomgeving. De verkenning wordt uitgevoerd bij sociale partners op centraal en decentraal niveau, bij sectoren waar al een CTB-plicht voor gasten, bezoekers en cliënten geldt en vervolgens ook daarbuiten. Daarbij wordt ook een juridische verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden voor juridische verantwoording. Bij het volgende weegmoment van het Kabinet, begin november, zal meer duidelijkheid zijn over de resultaten van de verkenning en hoe deze gebruikt worden bij de verdere beleidsinzet.

Het CTB is een belangrijk, tijdelijk in te zetten hulpmiddel om de samenleving weer te kunnen openen. Tot nu toe heeft invoering van het CTB in de horeca en bij evenementen echter slechts beperkt geleid tot verhoging van de vaccinatiegraad. Om allemaal veilig te zijn, moet een vaccinatiegraad van tenminste 95% worden bereikt. Graag vernemen de VVD-fractieleden van u welke maatregelen aanvullend op de in de stand van zakenbrief genoemde maatregelen, nog genomen worden om de vaccinatiegraad op korte termijn substantieel te verhogen.

Tot en met 18 oktober heeft van de volwassenen 87,1% minimaal 1 prik gehad en is 83,5% volledig gevaccineerd. Voor iedereen van 12 jaar en ouder heeft 84,9% minimaal 1 prik gehad en is 81,4% volledig gevaccineerd. De aanpak voor het verder verhogen van de vaccinatiegraad kenmerkt zich door een focus op doelgroepen en een wijkgerichte en/of regionale aanpak en is een proces van lange adem. Communicatie, specifieke informatievoorziening en andere interventies worden gericht ingezet voor achterblijvende groepen en/of stadswijken en regio's. GGD'en, in samenwerking met sociale en medische partners, blijven inzetten op het voeren van het gesprek en het voorzien in betrouwbare informatie. Dankzij continue uitwisseling van ervaringen, best practices en evaluaties tussen GGD-regio's onderling weten de GGD'en hun capaciteit gericht in te zetten en de vaccinatiegraad verder te verhogen.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 14 september jl., heb ik een toelichting gegeven op maatregelen die worden toegepast voor het verhogen van de vaccinatiegraad. In aanvulling daarop zijn door RIVM en de GGD'en onder andere onderstaande maatregelen genomen om de vaccinatiegraad verder te verhogen.

Om de vaccinatiegraad onder 45–60-jarigen verder te verhogen, worden in meerdere ziekenhuizen pop-up vaccinatielocaties geopend. De eerste locatie is eind september geopend in het Maasstad ziekenhuis en betreft een samenwerking met GGD Rotterdam-Rijnmond. Specialisten verwijzen mensen met vragen over het vaccin door naar de vaccinatielocatie, waar zij meer informatie kunnen krijgen over het vaccin en gevaccineerd kunnen worden. Binnenkort worden ook in andere ziekenhuizen pop-up locaties geopend in samenwerking met de GGD.

De vaccinatiegraad onder jongeren en met name MBO-studenten blijft een aandachtspunt. Onderwijsinstellingen en GGD'en maken afspraken over voorlichting en een eventuele pop-up locatie voor vaccinatie nabij de verschillende instellingen. Daarnaast is er intensief contact met de onderwijskoepels en andere partners rondom deze doelgroep. Doel is om te komen tot attenderende informatie voor jongeren.

Tot slot is de GGD aanwezig op plekken met hoge mobiliteit, de zogeheten doorstroomlocaties. Zo is de GGD aanwezig voor voorlichting en

vaccinatie in Hoog Catharijne, op de Appeltjesmarkt in Amsterdam en op de markt in Beverwijk.

De effectiviteit van bestaande en nieuwe interventies wordt continu gemonitord, zowel kwantitatief via metingen per priklocatie en regionale dashboards, als kwalitatief. Een voorbeeld van het laatste betreft de samenwerking tussen de GGD, de Erasmus Universiteit en de gemeente Rotterdam om in kaart te brengen wat de beweegredenen zijn van bezoekers van de vaccinatielocatie in het ziekenhuis. Inzichten uit dat onderzoek worden gebruikt om deze interventie waar mogelijk breder op te schalen.

In de stand van zaken brief van 5 november geef ik opnieuw een actueel beeld van de voortgang van het fijnmazig vaccineren.

Wat vindt u bijvoorbeeld van de aanpak in Berlijn, om de nachthoreca weer volledig te openen op basis van 2G (of genezen of gevaccineerd)?

Het OMT heeft aangegeven dat de kans dat iemand op een locatie waar een CTB verplicht is toch besmettelijk is, twee keer zo klein is bij volledig gevaccineerde personen als bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen. Daarom wijst het OMT er in haar 126e advies op dat in een volgende versoepelingsstap een verzwaaard CTB overwogen kan worden voor bepaalde situaties of hoogrisicosettings. Bij het verzwaren van het CTB kan worden gedacht aan: een kortere geldigheidsduur van de antigeentest, alleen toegang na een NAAT-test (PCR), of het testen van alle deelnemers onafhankelijk van hun immuun- of vaccinatiestatus. Er kan ook gedacht worden aan een CTB op basis van een herstel- of vaccinatiebewijs, het zogeheten 2G-beleid. Met een 2G-beleid zouden meer mogelijkheden kunnen ontstaan om hoogrisicosettings, zoals de nachthoreca, verder te openen, waarbij het risico op besmettingsgevallen waarvoor ziekenhuisopname nodig is, zoveel mogelijk beperkt blijft. verstandig 2G-beleid wordt dus niet op voorhand als optie uitgesloten. Op dit moment hebben we de samenleving stap voor stap geopend met behulp van coronatoegangsbewijzen op basis van 3G (herstel-, vaccinatie, of testbewijs).

De leden van de VVD-fractie verwachten dat dit vooral jongeren motiveert om zich te laten vaccineren. Zijn er ervaringscijfers, bijvoorbeeld uit Berlijn, die de verwachting van deze leden staven?

Het kabinet is niet bekend met dergelijke ervaringscijfers. Het 2G-beleid is in september geïntroduceerd in Berlijn en vervolgens in enkele andere Duitse steden. De cijfers laten sindsdien een stijging zien in de landelijke vaccinatiegraad in Duitsland⁴². Er zijn echter meerdere factoren die invloed kunnen hebben op deze stijging van de vaccinatiegraad. Het is niet mogelijk om een causaal verband te leggen tussen het 2G-beleid in Duitsland en de stijging in de vaccinatiegraad.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks en D66-fracties

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 30 september 2021, waarmee gereageerd wordt op de vragen van de commissies van 18 juni 2021⁴³, en de brief van 14 september 2021, waarmee onder meer de Aanpak Najaar (hierna: najaarsplan)⁴⁴ wordt

⁴² Dashboard van het Duitse Ministerie van Volksgezondheid: <https://impfdashboard.de/en/>.

⁴³ Verslag schriftelijk overleg (*Kamerstukken I* 2021/22, 35 526/25 295, CI).

⁴⁴ *Kamerstukken I* 2020/21, 35 526/25 295, CH en bijlagen.

aangeboden. U lijkt ervoor te kiezen de prevalentiegrens te vervangen door harde criteria zoals het aantal covid-19-gerelateerde intensive care-opnames en ziekenhuisopnames, zoals opgenomen in het najaarsplan. In de brief van 30 september staat op pagina 6 echter: «Daarnaast wordt bij besluitvorming naar verschillende contextindicatoren gekeken, zoals druk op de zorgketen, alsook de sociaal maatschappelijke en economische situatie.» In het najaarsplan wordt ook «dijkbewaking» als contextindicator genoemd. De leden van deze fractie wijzen erop dat bij het debat over de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen (35 807) op 25 mei jl. is toegezegd⁴⁵ in het plan van aanpak criteria op te nemen voor de inzet van testen voor toegang. Deze toezegging heeft voor de leden van de GroenLinks-fractie zwaar gewogen bij het instemmen met dit wetsvoorstel. Door het opnemen van de zogenaamde contextindicatoren, en hun ruime definitie, is het zeer moeilijk geworden om de proportionaliteit van de inzet van testen voor toegang te toetsen. De leden van de GroenLinks-fractie hebben in dit kader enkele vragen, waarbij de leden van de D66-fractie zich aansluiten.

De leden van de fracties van GroenLinks en D66 vragen om de contextindicatoren om te zetten in helder geformuleerde criteria, aan de hand waarvan burgers kunnen afleiden of maatregelen op enig moment door het kabinet nog proportioneel geacht worden.

De leden van beide fracties krijgen daarnaast ook graag een afwegingskader aangeleverd voor de harde criteria van het najaarsplan en de contextindicatoren, zodat helder wordt welke criteria het zwaarst wegen en wat er minimaal nodig is om coronatoegangsbewijzen te kunnen handhaven.

Indien dit niet kan worden gegeven, bent u dan bereid de inzet van testen voor toegang te beperken tot die periodes waarin de covid-19-gerelateerde IC- en ziekenhuisopnames boven de criteria voor het niveau «zorgelijk» uit het najaarsplan uitkomen? Oftewel, bent u bereid om de contextindicatoren achterwege te laten, daar deze in hun huidige vorm te moeilijk te duiden zijn om als juridische onderbouwing voor de proportionaliteit van coronatoegangsbewijzen op niet-essentiële locaties te dienen?

In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de stand van zakenbrief van 14 september jl.⁴⁶, hebben de genoemde indicatoren niet het automatisme dat er per definitie conclusies in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen aan worden verbonden. De signaalwaarden laten alarmbellen afgaan die leiden tot het nader bekijken en duiden van de situatie aan de hand van contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan worden bepaald of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een OMT-advies, de wekelijkse duiding door het RIVM, SME-doelen en de contextfactoren, kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel. De contextindicatoren zijn dus een belangrijk onderdeel van de aanpak om te toetsen op een proportionele inzet van de maatregelen in verhouding tot de druk op de zorg.

⁴⁵ Toezegging Proportionaliteit toegangstesten in plan van aanpak (T03143).

⁴⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

Kan een onderbouwde appreciatie worden gegeven van de mate waarin de huidige omstandigheden voldoen aan de criteria van het kabinet om de coronatoegangsbewijzen te laten vervallen?

In de Kamerbrief van 14 september jl.⁴⁷ heeft het kabinet de Aanpak Najaar gepresenteerd. In deze aanpak zijn drie scenario's uiteengezet alsook de indicatoren gepresenteerd waarop Nederland wordt ingeschaald in een risiconiveau, te weten het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames. Inschaling vindt nu wekelijks op dinsdag plaats op het Coronadashboard. In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de Stand van Zakenbrief van 14 september jl. (pagina 24), hebben de signaalwaarden niet het automatisme dat er per definitie conclusies in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen aan worden verbonden. Deze indicatoren geven een eerste cijfermatige indruk van de druk op de zorg en in hoeverre deze oploopt. Naast deze cijfermatige indruk wordt de situatie nader geduïd aan de hand van de contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan bepaald worden of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een advies van het OMT, de wekelijkse duiding door het RIVM, de SME-doelen en de contextfactoren kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder, al dan niet, de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel en is een bestuurlijke afweging.

Het kabinet onderzoekt of ook werkgevers in niet-essentiële sectoren de coronapas kunnen invoeren, terwijl de wet die dit mogelijk zou maken, daar nadrukkelijk niet voor bedoeld was. Kunt u reflecteren op de juridische houdbaarheid van deze mogelijkheid?

In de huidige Wet publieke gezondheid is het niet mogelijk voor werkgevers om een coronatoegangsbewijs te vragen van werknemers. De aard van de rechtsverhouding en de afhankelijkheidsrelatie tussen werkgever enerzijds, en werknemer, uitzendkracht, gedetacheerde, zzp'er en vergelijkbare arbeidskrachten anderzijds, en daarbij de consequenties voor de medewerker die geen testbewijs kan of wil tonen, de inbreuk op de privacy van de medewerker en de doorbreking van het medisch beroepsgeheim, maken dat het wettelijk verplichten van een testbewijs voor medewerkers elementen zijn die hierin zijn meegewogen. Evenals de onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 van de Grondwet), waarbij het proportionaliteitscriterium en het subsidiariteitsbeginsel van belang zijn.

Met de invoering van het verplichte coronatoegangsbewijs voor bepaalde sectoren, vragen sommige werkgevers naar de mogelijkheid van een coronatoegangsbewijs voor werknemers. Om voorbereid te zijn op ontwikkelingen van het virus, verkent het kabinet of en onder welke omstandigheden en voorwaarden een coronatoegangsbewijs van werknemers verlangd kan worden. Deze mogelijkheid zal juridisch een aanpassing van de verbodsbepaling van artikel 58ra, achtste lid, van de Wet publieke gezondheid vereisen.

⁴⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 14 september 2021 en de bijbehorende ministeriële regeling waarin onder andere de veilige afstand op nul meter wordt gesteld⁴⁸ en de brief van 30 september 2021⁴⁹, waarin onder meer wordt ingegaan op de motie-Van der Voort c.s.⁵⁰ over een realistische ondergrens van de prevalentie van het aantal geschatte besmettelijke personen. De leden van deze fractie hebben de ministeriële regeling en de toelichting gespiegeld aan de motie-Van der Voort c.s. en aan de Handelingen van het debat over onder meer de Verlengingsprocedures Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (35 874) op 12 en 13 juli 2021. In dat debat hebt u gezegd: «Toen heb ik die ondergrens gesteld – ik heb daarop ook nog geen ander antwoord – op de dag dat je af kunt van de 1,5 meter. Dat is ook de dag dat je af kunt van het testen voor toegang.»⁵¹ Derhalve hebben de leden van de D66-fractie de volgende vragen geformuleerd.

Kunt u aangeven waarom u besloten heeft om het testen voor toegang uit te breiden op het moment dat de 1,5 meter werd opgeheven, terwijl eerder is aangegeven dat het testen voor toegang zou stoppen wanneer de 1,5 meter zou worden teruggebracht naar nihil? Hoe komt het dat u nu niet handelt volgens uw eerdere uitspraken?

Bij elk besluitvormingsmoment wordt het OMT om advies gevraagd over de epidemiologische situatie in Nederland. Mede op basis hiervan neemt het kabinet een weloverwogen besluit over het aanpassen van maatregelen. Het loslaten van de 1,5m-regel is een belangrijke stap in teruggaan naar het leven zoals we dat kennen, maar brengt risico's met zich mee. Een van die risico's is dat, ondanks de bereikte vaccinatiegraad, de zorg overbelast raakt omdat het virus zich snel weet te verspreiden, met name onder niet-gevaccineerden die een aanzienlijk hoger risico hebben om in het ziekenhuis terecht te komen. Mede op basis van het 126^e advies van het OMT heeft het kabinet besloten dat het loslaten van de 1,5m-regel alleen mogelijk is als een coronatoegangsbewijs wordt ingevoerd. Het coronatoegangsbewijs is op 3 manieren te verkrijgen: middels een herstelbewijs, middels een vaccinatiebewijs, of middels een testbewijs. De context waarin het coronavirus moet worden bestreden, verandert continue, wat betekent dat we moeten meebewegen. Als de epidemiologische situatie dat toelaat, zal de verplichte inzet van een coronatoegangsbewijs uiteraard worden losgelaten.

In het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus met de Tweede Kamer op 14 juli jl. hebt u herhaald dat u de ondergrens zou laten bepalen en dit als argument in het maken van beleid zou willen inzetten. Daarbij hebt u ook gewezen op het belang om een bovengrens te formuleren en dat dat in de zomer bekend zou moeten zijn.⁵² Uit de brief van 30 september begrijpen de leden van de D66-fractie dat het RIVM het aantal besmettelijke personen niet kan vaststellen en dat dat de beperking is om een onder- en bovengrens te bepalen. Toch is een inschatting van de prevalentie de basis voor het invoeren van maatregelen. Is er een ondergrens en bovengrens te bepalen van enig ander criterium dat een inschatting geeft van de risico's die gelopen worden om weer een verheffing van de pandemie te krijgen en daarmee gebruikt kan worden

⁴⁸ Kamerstukken I 2020/21, 35 526 / 25 295, CH en bijlagen.

⁴⁹ Verslag schriftelijk overleg (Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI).

⁵⁰ Kamerstukken I 2020/21, 35 807, G.

⁵¹ Handelingen I 2020/21, nr. 46, item 2, p. 23.

⁵² Stenogram 14 juli 2021: https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2021A04873.

om de samenleving inzicht te geven wanneer de inzet van testen voor toegang zinvol is en wanneer niet meer?

Naast de leidende indicatoren (ziekenhuis- en IC-opnames), is het voor andere criteria, waaronder de genoemde contextfactoren in de aanpak najaar, niet mogelijk om harde waarden vast te stellen. Het RIVM heeft aangegeven dat dit lastig is vanwege de vele onzekerheden in de huidige fase van de pandemie mede als gevolg van de oplopende vaccinatiegraad. De contextfactoren worden daarom gebruikt voor duiding van de situatie voordat maatregelen getroffen worden. Er wordt momenteel wel samen met het RIVM gekeken in hoeverre het mogelijk is om «signaalwaarden» te ontwikkelen voor de virusvracht in rioolwater. Deze indicator kan dienen in het kader van vroegsignalering.

Het huidige aantal positieve testen bij testen voor toegang is 0,2%. Hoe beoordeelt u dit percentage in het licht van de ondergrens of de «aan-uit knop», zoals eerder besproken en in de motie-Van der Voort c.s. geformuleerd?

Zoals genoemd in reactie op een eerdere vraag van de leden van de fractie van GroenLinks en de leden van de fractie van D66, is het niet mogelijk om harde waarden vast te stellen voor de genoemde contextfactoren in de aanpak najaar. De motie Van der Voort⁵³ had betrekking op het openingsplan dat het kabinet in april 2021 heeft gepresenteerd. In een reactie heb ik op 29 juni per brief aan uw Kamer laten weten dat het OMT om advies is gevraagd over het in stand houden van coronatoegangsbewijzen⁵⁴. Echter, gezien de veranderingen in de epidemiologische situatie t.o.v. de situatie in juni 2021, heeft het OMT in het 126^e-advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen breder in te voeren in risicovolle settings waarbij personen dicht op elkaar («ademcirkel») verblijven.

Afrondend hebben de leden van de D66-fractie nog een vraag met betrekking tot de vaccinatiegraad. Gezien het streven naar een hoge vaccinatiegraad vragen zij zich af hoe de rol van de eerste lijn hierin is. Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners hebben een vertrouwensrelatie met burgers en kunnen derhalve een sleutelrol vervullen in het bereiken van een hoge vaccinatiegraad. Zijn er afspraken met de eerste lijn over een actieve rol om zoveel mogelijk burgers te bereiken en het gesprek over vaccinatie aan te gaan?

Uit meerdere onderzoeken blijkt inderdaad dat de eerste lijn een belangrijke rol kan spelen bij het verhogen van de vaccinatiegraad en het voeren van de dialoog. Vanuit mijn departement en het RIVM zijn zeer regelmatig overleggen waar de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aan deelneemt. De LHV geeft aan dat huisartsen een belangrijke actieve rol willen blijven spelen in het (spreekkamer)gesprek met burgers en goede informatievoorziening. Huisartsen geven aan dat zij veel vragen krijgen van patiënten rondom vaccinatie. Het verschilt per huisartspraktijk hoe hier invulling aan wordt gegeven. Zo gaan in de grote steden huisartsen met een praktijk in achterstandswijken actief de markt en/of straat op om mensen te informeren en voor te lichten. Dit doen zij ook in samenwerking met artsen publieke gezondheid van de regionale GGD'en, die met hen contact hebben over het vaccineren van specifieke doelgroepen. Andere huisartsen geven tijdens hun afspraken voorlichting aan patiënten. Daarnaast verstrekt het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op de website thuisarts.nl veel informatie over COVID en vaccinaties. Het RIVM organiseert, o.a. in samenwerking met de LHV,

⁵³ Motie-Van der Voort (*Kamerstukken I 2020–2021*, 35 807, nr. G).

⁵⁴ Kamerbrief met reactie op motie-Van der Voort (*Kamerstukken I 2020–2021*, 35 807, I).

binnenkort een nieuwe serie webinars voor professionals waarin handvatten worden gegeven voor het goede gesprek en informatievoorziening richting burgers.

Ook met andere partijen in de zorg, die relatief dichtbij de burger staan, zijn we in gesprek over hun rol bij het verhogen van de vaccinatiegraad. Denk hierbij aan de apotheker, bedrijfsarts of maatschappelijk werker. Zij kunnen vanuit hun natuurlijke positie vragen beantwoorden, wijzen op de mogelijkheden om te vaccineren en/of voorlichtings sessies faciliteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van 14 september 2021 en de brief van 17 september 2021 met bijlagen.⁵⁵ Naar aanleiding daarvan hebben zij nog enige vragen.

Gelet op de aangenomen motie-Van Hattem c.s.⁵⁶ vragen de leden van PVV-fractie om ten aanzien van de per 25 september jl. genomen maatregelen concreet aan te geven welke toetsbare indicatoren per maatregel zijn gehanteerd. Kunt u daarbij in het bijzonder aangeven in hoeverre deze motie is toegepast ten aanzien van de verplichtingen voor het coronatoegangsbewijs en het gesloten houden van de nachthoreca?

Vooralsnog gaan we uit van een scenario waarbij we dit najaar te maken krijgen met oplevingen van het virus. Er is immers nog een grote groep van circa 1,8 miljoen mensen waar het virus kans krijgt omdat ze niet gevaccineerd zijn. Er zijn twee leidende signaalwaarden geformuleerd voor ziekenhuis en IC-opnames. Als deze bereikt worden, besluit het kabinet op basis van de wekelijkse duiding door het RIVM, een OMT-advies, SME-doelen en contextfactoren over de (continuering van de dan) geldende maatregelen. Specifiek adviseert het OMT (OMT 126) voor de horeca om versoepelingen in deze setting, waarvan het OMT aangeeft dat dit een hoog-risicosetting betreft, nog ten minste een aantal weken uit te stellen, in afwachting van het verdere verloop van de epidemie. Het OMT merkt daarbij op dat uit de clusters van besmettingen begin juli is gebleken dat het transmissierisico op deze hoog-risicosettings zeer groot kan zijn. Daarbij is de gemiddelde vaccinatiegraad onder jongeren en jonge volwassenen, de doelgroep van veel nachthoreca en massale evenementen, nog lager dan gewenst en onder de gemiddelde vaccinatiegraad onder volwassenen in Nederland, aldus het OMT. Voor wat betreft de inzet van het CTB, heeft het OMT aangegeven dat het loslaten van de 1,5 meter afstandsnorm epidemiologisch alleen mogelijk is als in risicovolle settings een CTB wordt toegepast. Door inzet van het CTB dekken we de restrisico's van de toenemende contacten af, waardoor versoepelen van contact beperkende maatregelen mogelijk gemaakt wordt. Op basis van de argumentatie van het OMT acht kabinet de getroffen maatregelen, ook voor wat betreft de horeca en de inzet van het CTB proportioneel.

In de brief van 14 september jl.⁵⁷ worden weliswaar indicatoren en signaalwaarden genoemd, maar ze worden niet direct aan specifieke maatregelen gekoppeld. Bent u bereid dit gelet op voornoemde motie alsnog te doen?

De inschaling in een bepaald risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig) wordt bepaald door het 7-daags gemiddelde van ziekenhuis- en

⁵⁵ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, CH en CG.

⁵⁶ Kamerstukken I 2020/21, nr. 35 526, I.

⁵⁷ Kamerstukken I 2020/21, 35 526 / 25 295, CH.

IC-opnames. Deze inschaling vindt wekelijks plaats en wordt gecommuniceerd via het Coronadashboard. Het besluit van het kabinet over de (continuering van) inzet van maatregelen vindt plaats op basis van de duiding door het RIVM, contextfactoren, een OMT-advies en de sociaaleconomische en maatschappelijke doelen. Daarbij is het een gegeven dat verschillende van deze contextfactoren, zoals de sociaaleconomische en maatschappelijke doelen lastig, tot niet, zijn te kwantificeren. Ook wijst het RIVM erop dat het in deze fase van de crisis, waarbij als gevolg van een oplopende vaccinatiegraad een oplopend aantal besmettingen niet direct hoeft te leiden tot een grotere druk op de zorg, het bijzonder lastig is om contextfactoren één-op-één aan maatregelen te koppelen. Dit maakt dat in deze fase van de crisis geen automatisme tussen indicatoren en maatregelen meer aan kan worden gebracht, zoals dat bij de eerdere routekaart nog wel het geval was.

Per 1 oktober jl. lag volgens het Coronadashboard van de rijksoverheid⁵⁸ het 7-daags gemiddelde van ziekenhuisopnames met 36 onder de signaalwaarde van 40 en het 7-daags gemiddelde van het aantal IC-opnames met 7 onder de signaalwaarde van 10. Volgens het schema in de Stand van zakenbrief van 14 september jl. (pagina 23) zou daarmee het risiconiveau verlaagd moeten worden van «zorgelijk» naar «waakzaam». Dit betekent ook dat de maatregelen zouden moeten worden afgeschaald en ingetrokken. De leden van de PVV-fractie willen graag weten waarom dit nog niet is gebeurd.

Op grond van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal IC-opnames geldt per 12 oktober risiconiveau zorgelijk voor heel Nederland. Inschaling vindt wekelijks op dinsdag plaats op het Coronadashboard. In de aanpak najaar is ervoor gekozen om alleen indicatoren die direct iets zeggen over de druk op de zorg (7-daagsgemiddelde van IC-opnames en ziekenhuisopnames) te gebruiken als leidende indicatoren. Hiermee wordt bepaald of we ons in een waakzame, zorgelijke of ernstige situatie bevinden met betrekking tot de druk op de zorg. Zoals aangegeven in de stand van zakenbrief van 14 september jl., hebben de signaalwaarden niet het automatisme dat er per definitie conclusies, in de vorm van al dan niet gewijzigde maatregelen, aan worden verbonden. De indicatoren geven een eerste cijfermatige indruk van de druk op de zorg en in hoeverre deze oploopt. Naast deze cijfermatige indruk, wordt de situatie nader geduimd aan de hand van de contextindicatoren, zoals druk op de zorgketen en de immuniteitsontwikkeling. Vervolgens kan bepaald worden of en welk ingrijpen passend is. Mede op basis van een advies van het OMT, de wekelijkse duiding door het RIVM, de SME-doelen en de contextfactoren, kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen, waaronder de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. Het al dan niet wijzigen van maatregelen is daarbij steeds optioneel en is een bestuurlijke afweging.

In de brief wordt ingegaan op de handhaving en controle van het coronatoegangsbewijs (pagina 18 en volgende). Hoeveel beleidsruimte hebben gemeenten ten aanzien van het stellen van handhavingsprioriteiten en handhavingsdoelen voor de controle en handhaving van de coronatoegangsbewijzen? In hoeverre en op welke wijze is hierbij sprake is van betrokkenheid, sturing en controle door de gemeenteraad als democratisch orgaan?

Handhaving van de coronamaatregelen is altijd een afweging in de lokale driehoek. Voor de naleving van de coronatoegangsbewijzen geldt dat de ondernemer primair de controle op het coronatoegangsbewijs uitvoert en

⁵⁸ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>.

dat de gemeente daar risicogericht en steekproefsgewijs op toeziet. Om daarbij te ondersteunen en de naleving van de verplichtingen te bevorderen, heeft het kabinet € 45 mln. ter beschikking gesteld aan de veiligheidsregio's voor de inzet van bijvoorbeeld beveiligers, controleurs of hosts die coronatoegangsbewijzen controleren of de controle van coronatoegangsbewijzen bevorderen en vergemakkelijken. Ook zijn er enkele gemeenten die de tegemoetkoming gebruiken voor de inzet van polsbandjes. Met de burgemeesters is afgesproken dat daar waar het niet goed gaat, de verantwoordelijke zal worden aangesproken en waar nodig gehandhaafd zal worden. Tegen ondernemers die willens en wetens de regels overtreden, wordt opgetreden. De gemeenteraad stelt periodiek de doelen vast die de gemeente op het terrein van veiligheid nastreeft voor de prioritering van de handhaving en de vrijgekomen middelen. De burgemeester legt verantwoording af aan de gemeenteraad over de handhaving.

Op pagina 39 van deze brief staat dat € 630 miljoen is gereserveerd voor testcapaciteit tot en met eind december en spreekt over contracten in de «open house» regeling met onder andere Stichting Open Nederland. Kunt u aangeven in hoeverre er al (contractuele) verplichtingen zijn aangegaan voor heel deze periode en wat de consequenties zijn als er al eerder wordt afgeschaald en de verplichte coronatoegangsbewijzen al eerder worden stopgezet?

Er is 630 miljoen euro aan verplichtingenruimte gereserveerd voor de periode oktober tot en met december. De 630 miljoen euro is gebaseerd op een eerste ingeschatte begroting. De verplichting is nog niet volledig aangegaan. Onder andere doordat in de Open House-regeling vergoedingen per test marktconform zijn vastgesteld, hebben we de benodigde kasmiddelen naar beneden bij kunnen stellen. In de 12^e ISB, waar ook de kaswaarden worden vastgesteld, is daarom het bedrag bijgesteld naar 452 miljoen euro.

In de periode van oktober tot en met december geldt de Open House-regeling. Indien besloten wordt te stoppen met het Coronatoegangsbewijs (CTB), dan worden per direct geen kosten meer gemaakt voor het afnemen van testen, omdat we in de Open House-regeling betalen per afgenomen test. Daarnaast heeft VWS een dienstverleningsovereenkomst met Stichting Open Nederland (SON) voor de coördinerende taken. Hierin staat aangegeven dat VWS maandelijks het contract met Stichting Open Nederland kan opzeggen. VWS gaat dus voor een maand financiële verplichtingen met SON aan voor de kosten die SON maakt.

Daarnaast zijn er altijd afbouwkosten van rond de 4 miljoen euro. Onder de afbouwkosten vallen onder andere de administratieve afhandeling, financiële afhandeling, contractuele afhandeling, huur, en IT kosten.

Op pagina 44 van de brief wordt ingegaan op de verstrekking van zelftesten. Volgens een bericht van Omroep Gelderland van 14 augustus jl. was een hond ernstig ziek geworden door het kauwen op een zelftest. Volgens dit bericht bevatten deze coronazelftesten het zeer giftige natrium azide en natrium azide. Expliciete waarschuwingen hiervoor zouden op de verpakking ontbreken.⁵⁹

Kan worden aangegeven of deze constatering kloppen en welke maatregelen het ministerie neemt om te voorkomen dat mens of dier ziek kunnen worden door deze coronazelftesten?

⁵⁹ <https://www.gld.nl/nieuws/7343397/hond-chani-doodziek-na-kauwen-op-coronazelftest>.

Het gaat hier om producten met een CE-markering, met bijbehorende regels op productveiligheid. Ik ben ermee bekend dat er zelftesten zijn, waarvan de buffervloeistof sodium azide of natrium azide bevat. IGJ geeft in het artikel aan dat de concentratie hiervan dusdanig laag is dat het onwaarschijnlijk is dat je er ernstig ziek van wordt, maar het is uiteraard niet de bedoeling dat de buffervloeistof geconsumeerd wordt. Het is net als bij andere medische hulpmiddelen, maar bijvoorbeeld ook voor medicijnen, raadzaam om zelftesten op een droge, koele en donkere plek buiten het bereik van kinderen en huisdieren te bewaren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdD-fractie

In artikel 58ra, tweede lid, onder a, van de Wpg is bepaald dat een vaccinatiebewijs slechts als coronatoegangsbewijs mag worden aange-merkt als op basis daarvan «kan worden vastgesteld dat een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een bewijs van een negatieve testuitslag». Op grond van welke feitelijke gegevens is vastgesteld dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Het ministerie baseert zich voor deze weging niet op individuele studies, maar op de adviezen van het OMT en de Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad en het OMT baseren hun adviezen op wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Er zijn nog te weinig gegevens om harde conclusies te kunnen trekken over de exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve testuitslag.

De Gezondheidsraad gaf op 20 mei jl. aan dat op dat moment waarschijnlijk vast te stellen is dat vaccinatie «tot op zekere hoogte transmissie tegengaat»⁶⁰. Daarnaast is het OMT gevraagd te adviseren aan welke epidemiologische randvoorwaarden (waaronder de vaccinatiegraad van de populatie) binnen Nederland moet worden voldaan om een bewijs van vaccinatie te accepteren als toegangsbewijs. Dit advies is dinsdag 25 mei jl. ontvangen en met de Tweede Kamer (TK) gedeeld. Alles overziend heeft het OMT geconcludeerd dat het in ieder geval medisch verantwoord was om vaccinatiebewijzen in te voeren voor toegang in Nederland, als stap 4 van het toenmalige openingsplan op 30 juni jl. kon worden gezet. Hiermee heb ik ook invulling gegeven aan de motie van de leden Palland en De Vries om vaccinatiebewijzen zo snel mogelijk gelijk te stellen aan een testbewijs. Ten tijde van het advies was de kennis over het effect van transmissie op vaccinatie volop in ontwikkeling.

Vanaf 24 juni jl. is het mogelijk gemaakt om een coronatoegangsbewijs op basis een voltooide vaccinatie voor toegang te gebruiken. In het 116e OMT-advies⁶¹ (gepubliceerd op 18 juni) wordt gesteld dat vaccinaties ook beschermen tegen transmissie, maar dat de grootte van het effect uiteenloopt tussen de 50–90%. Mede op basis van die inschatting is het vaccinatiebewijs voor toegang geïntroduceerd.

Op basis van advies van de GR én advies van het OMT, heeft het kabinet geconcludeerd dat de inzet van vaccinatiebewijzen medisch verantwoord was. Dat is gecommuniceerd naar en besproken met de stand van zakenbrief aan de Tweede Kamer van 25 mei jl.⁶² en daarna ook belegd in

⁶⁰ Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

⁶¹ Advies n.a.v. het 116^e en 117^e OMT, d.d. 18 juni 2021.

⁶² Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

regelgeving ten aanzien van de Digitale Corona Certificaten (DCC) en de Coronatoegangsbewijzen (Ctb).

Dat de inzet van vaccinatiebewijzen verantwoord was, blijkt ook uit het 126^e en 127^e OMT advies waar wordt gesteld dat:

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

127^e OMT advies: «Uit analyses van het RIVM blijkt dat vaccinatie zowel beschermt tegen infectie als tegen transmissie van infectie na blootstelling, beide factoren die van belang zijn voor het gebruik van een vaccinatiebewijs voor toegang. De exacte mate van bescherming tegen transmissie wordt nog onderzocht, maar is volgens schattingen van het RIVM in de orde van 50%.»

In het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 wordt geconcludeerd dat vaccinatie «in meer of mindere mate [bijdraagt] aan het voorkomen van infecties bij anderen»⁶³ en «[m]eer onderzoek zal uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat». Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat uit dat advies moet worden afgeleid dat ten tijde van dat advies nog niet wetenschappelijk was vastgesteld dat vaccinatie zodanig tegen transmissie beschermt, dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

Ten tijde van het advies was de kennis over het effect van transmissie op vaccinatie volop in ontwikkeling. De Gezondheidsraad gaf aan dat op dat moment waarschijnlijk vast te stellen is dat vaccinatie «tot op zekere hoogte transmissie» tegengaat.

In aanvulling op dit advies is het OMT gevraagd te adviseren over aan welke epidemiologische randvoorwaarden (waaronder de vaccinatiegraad van de populatie) binnen Nederland moet worden voldaan om een bewijs van vaccinatie te accepteren als toegangsbewijs. Dit advies is dinsdag 25 mei jl. ontvangen en met de Tweede Kamer gedeeld. Alles overziend heeft het OMT geconcludeerd dat het in ieder geval medisch verantwoord is om vaccinatiebewijzen in Nederland in te voeren voor toegang, als stap 4 van het toenmalige openingsplan op 30 juni jl. kon worden gezet.

Op basis van advies van de GR én advies van het OMT, heeft het kabinet geconcludeerd dat de inzet van vaccinatiebewijzen medisch verantwoord was.

Vanaf 24 juni is het mogelijk gemaakt om een coronatoegangsbewijs op basis een voltooide vaccinatie voor toegang te gebruiken. In het 116^e OMT-advies⁶⁴ (gepubliceerd op 18 juni) wordt gesteld dat vaccinaties ook beschermen tegen transmissie, maar dat de grootte van het effect uiteen lopen tussen de 50–90%. Mede op basis van die inschatting is het vaccinatiebewijs voor toegang geïntroduceerd.

⁶³ Advies Transmissie na vaccinatie, 2021/22, p. 2.

⁶⁴ Advies n.a.v. het 116^e en 117^e OMT, d.d. 18 juni 2021.

Ook verwijs ik naar de beschrijving van het 126^e en 127^e OMT-advies in voorgaande vraag.

Welke onderzoeken zijn er na het advies van de Gezondheidsraad van 20 mei 2021 gepubliceerd die uitwijzen in welke mate, hoe lang en in welke omstandigheden vaccinatie transmissie tegengaat?

Het ministerie baseert zich op de weging van het geheel door de Gezondheidsraad en het OMT en houdt geen overzicht bij van de wetenschappelijke publicaties over dit onderwerp. Literatuur omtrent transmissie wordt door ECDC voortdurend in kaart gebracht. Daarnaast hebben we ook Nederlandse studies lopen. Resultaten uit het onderzoek van het RIVM zijn recentelijk nog gecommuniceerd⁶⁵. In opvolgende (126^e en 127^e) OMT-adviezen is bevestigd dat vaccinatie, de transmissie van het virus vermindert.

Hebben die in vraag 2.2 bedoelde onderzoeken ertoe geleid dat de Gezondheidsraad inmiddels heeft geoordeeld dat de conclusie gewettigd is dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag? Heeft u om dat advies gevraagd?

De Gezondheidsraad is niet om advies gevraagd over de vergelijkbare kans op overdracht tussen vaccinatiebewijs en een negatieve testuitslag. In het 123^e OMT-advies is uitspraak gedaan over het toekennen van een CTB. Hierin werd gesteld dat personen die de infectie niet hebben doorgemaakt en niet zijn gevaccineerd, een aanmerkelijk grotere kans hebben op ziekteverschijnselen die soms ernstig zijn en waarvoor ziekenhuisopname nodig kan zijn. Bovendien zijn deze personen naar stellige verwachting – ook bij de deltavariant – besmettelijker dan personen die wel immuun zijn en zullen zij het virus vaker doorgeven.

Beschikt u over een wetenschappelijk onderbouwd advies waaruit blijkt dat mag worden geconcludeerd dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

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

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

In het 127^e OMT-advies van 11 oktober 2021 is aangegeven dat de effecten van vaccinatie op transmissie en infectie afnemen naarmate het moment van vaccineren langer geleden is, terwijl de effectiviteit tegen ernstige ziekte onverminderd hoog blijft.

⁶⁵ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), «Vaccinatie vermindert overdracht naar ongevaccineerde huisgenoten bij deltavariant met 63%» (15 oktober 2021).

In de bijlage⁶⁶ van het recente 127e OMT-advies «Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB», wordt ook de mate van verspreiding na vaccinatie besproken:

«Uit analyses van het RIVM blijkt dat vaccinatie zowel beschermt tegen infectie als tegen transmissie van infectie na blootstelling, beide factoren die van belang zijn voor het gebruik van een vaccinatiebewijs voor toegang. De exacte mate van bescherming tegen transmissie wordt nog onderzocht, maar is volgens schattingen van het RIVM in de orde van 50%.»

«[We] onderstrepen graag dat immuniteit na doorgemaakte infectie en na vaccinatie beide slechts gedeeltelijk beschermen tegen herinfectie. Het blijft van belang om helder te communiceren dat CTB geen volledige bescherming biedt, dat personen met kwetsbare gezondheid geadviseerd wordt drukte te vermijden en dat het essentieel is om bij klachten te blijven testen.»

Ten slotte schrijft het RIVM op 15 oktober jl. op basis van onderzoek met data uit augustus en september dat coronavaccins ook goed beschermen tegen de overdracht van de deltavariant van het virus⁶⁷.

Ook bij een negatieve test bestaat een kans op transmissie van het virus. Dit kan het gevolg zijn van de mate van virusuitscheiding, type en juistheid van het afgenomen monster en tijdstip van bemonstering bij een COVID-19 patiënt. Uit onderzoek blijkt dat een fout-negatieve uitslag in 2 tot 33 procent van de personen met COVID-19 voorkomt⁶⁸. Ook een test geeft geen 100% garantie.

De Gezondheidsraad en het RIVM adviseren op basis van een weging van wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Het ministerie baseert zich niet op individuele studies, maar op het advies van de Gezondheidsraad en het RIVM. Op basis van de huidige wetenschappelijke studies blijkt dat het waarschijnlijk is dat er met een vaccinatie een vergelijkbare of kleinere kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat dan bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag.

In de publicatie «Impact of Delta on viral burdens and vaccine effectiveness against new SAR-CoV-2 infections in the UK»⁶⁹ wordt op pagina 8 aangegeven:

«Peak viral load therefore now appears similar in infected vaccinated and unvaccinated individuals, with potential implications for onward transmission risk, given the strong association between peak Ct and infectivity. However, the degree to which this might translate into new infections is unclear [...]. Nevertheless, there may be implications for any policies that assume a low risk of onward transmission from vaccinated individuals (e.g. relating to self-isolation, travel), despite vaccines both still protecting against infection, thereby still reducing transmission overall.»

Kan op grond van dat onderzoek de conclusie gewettigd worden dat bij een persoon die beschikt over een vaccinatiebewijs, een vergelijkbare kans op overdracht van het virus SARS-CoV-2 bestaat als bij een persoon die beschikt over een bewijs van een negatieve testuitslag?

⁶⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), «Geldigheidsduur herstelbewijs en rol serologie bij CTB» (Bijlage bij advies n.a.v. 127^e OMT d.d. 8 oktober 2021).

⁶⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), «Vaccinatie vermindert overdracht naar ongevaccineerde huisgenoten bij deltavariant met 63%» (15 oktober 2021).

⁶⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), «Over de betrouwbaarheid van de PCR-test voor SARS-CoV-2» (n.d.).

⁶⁹ Griffienummer: 167290.211.

Nee, die conclusie behoeft nuance. Het uitgangspunt is dat mensen in principe moeten testen, maar dat een vaccinatie daarvoor in de plaats kan komen. Hierbij is een bepaalde mate van gelijkwaardigheid verondersteld. Maar ook voor gevaccineerden geldt nog steeds: laat je testen bij klachten. Er zijn nog te weinig gegevens om harde conclusies te kunnen trekken over exacte transmissiekans na vaccinatie versus de transmissiekans na een negatieve testuitslag. De kans dat iemand geïnfecteerd wordt als gevaccineerd persoon is kleiner dan de kans op een infectie bij een ongevaccineerd persoon. Daarbij is een negatieve testuitslag een momentopname en biedt het ook geen 100% garantie.

In de studie⁷⁰ waarnaar in de vraag wordt verwezen, is de volgende nuancering aangebracht op de plaats waar het citaat wordt afgebroken:

«However, the degree to which this might translate into new infections is unclear; a greater percentage of virus might be non-viable in individuals who are vaccinated, and/or their viral loads might also decline faster, as suggested by a recent study of patients hospitalized with B.1.617.2 (ref. 26) (supported by associations between higher Ct and higher antibody levels here and in ref. 30), leading to shorter periods «at risk» for onwards transmission.»

Hieruit zou ook geconcludeerd kunnen worden dat ondanks een vergelijkbare viral load, mensen die gevaccineerd zijn niet even besmettelijk zijn.

Moet op grond van voornoemd onderzoek worden aangenomen dat de kans dat gevaccineerden anderen besmetten groter is dan de kans dat zij worden besmet door een persoon die beschikt over een negatieve testuitslag als bedoeld in artikel 58ra, tweede lid, onder b, van de Wpg?

In het antwoord op bovenstaande vraag, is het citaat uit het onderzoek aangevuld. Op basis van die aanvulling is deze conclusie niet gerechtvaardigd.

Daarbij is het noemenswaardig dat een negatieve testuitslag slechts een momentopname is. Zoals hierboven geschetst, heeft het OMT in zijn 126e advies het volgende aangegeven:

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

In uw brief van 29 april 2021 geeft u antwoord op de volgende vraag van de PvdD-fractieleden: «Deelt u het oordeel van deze leden dat het pas zin heeft om over acceptatie, gebruik en/of invoering van een vaccinatiebewijs te beslissen als vast staat dat het vaccin ertoe leidt dat de gevaccineerde niet meer anderen kan besmetten?»⁷¹ Uw antwoord luidde: «Dat oordeel deel ik inderdaad.»⁷² Op grond van welke wetenschappelijke onderbouwing bent u op dat oordeel teruggekomen?

⁷⁰ Nature medicine, «Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK» (14 oktober 2021).

⁷¹ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 5.

⁷² Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 14.

Zoals ik in de stand van zakenbrief van 11 mei 2021 heb aangegeven, heb ik over dit vraagstuk advies gevraagd aan zowel de Gezondheidsraad als het OMT. In de brief aan de Tweede Kamer van 4 mei 2021 over het vaccinatiebewijs is het besluitvormingstraject hierover uiteengezet. Het kabinet heeft in de brief aan de Kamer⁷³ van 28 mei 2021 aangegeven dat het medisch verantwoord acht om, naast testbewijzen, ook vaccinatie- en herstelbewijzen in te zetten als onderdeel van de coronatoegangsbewijzen (in de week van 21 juni) en het DCC (per 1 juli). Dit besluit was gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad⁷⁴ (20 mei) en het OMT⁷⁵ (25 mei).

Het ministerie baseert zich voor deze weging niet op individuele studies, maar op de weging van al het wetenschappelijk bewijs gewogen en geanalyseerd door het OMT en de Gezondheidsraad. Zowel de Gezondheidsraad als het OMT baseren hun adviezen op wetenschappelijke publicaties en feitelijke gegevens. Uit deze twee adviezen blijkt dat het inzetten van vaccinatiebewijzen als alternatief voor een negatieve testuitslag medisch verantwoord is gegeven de epidemiologische situatie. Ik deel dus niet de opvatting dat ik op mijn eerdere oordeel terug ben gekomen.

ZonMw deed onderzoek naar beweegredenen van vaccinatieweigeraars en publiceerde aanbevelingen.⁷⁶ Bent u bereid de aanbevelingen te volgen?

Ik heb het onderzoek en de aanbevelingen met belangstelling gelezen. Ik zou de vraag wat breder willen beantwoorden, namelijk niet alleen in te gaan op de vaccinatieweigeraars, maar ook op de mensen die twijfelen en de moeilijk bereikbare doelgroepen. De aanbevelingen hebben mijns inziens namelijk ook betrekking op deze doelgroepen. De aanbevelingen zijn en worden al meegenomen in de vaccinatiestrategie, zoals het inzetten van sleutelfiguren, ruimte voor huisartsen om lokaal informatie te verstrekken, de GGD-regio's die samenwerken met lokale organisaties, het inzetten van professionals en hun netwerk, het inzetten van mobiele prikbusen en -locaties en de lancering van de website prikkenzonderaf-spraak.nl.

Er is in Nederland een kleine groep pertinente «weigeraars». Ook is er een groep van mensen die twijfelen, bang zijn of een andere reden hebben om zich (nog) niet te laten vaccineren. Op de groep weigeraars hebben we ons bewust niet hoofdzakelijk gericht, want we moeten realistisch zijn in wat we kunnen bereiken. We richten ons meer op de mensen die twijfelen of hun vaccinatie om een andere reden uitstellen. Het informeren van die mensen, waarbij ook expliciet de specifieke groepen die moeilijk te bereiken zijn werden meegenomen, is van begin af aan onderdeel geweest van de vaccinatiecampagne. Juist voor deze groepen is de inzet van ambassadeurs, experts en sleutelfiguren dichtbij de doelgroepen en de kennis van lokale organisaties en netwerken nodig.

Vanuit het ministerie zijn er, in samenwerking met het RIVM en GGD-GHOR Nederland, verschillende overleggen georganiseerd. Hierin werken betreffende stakeholders met elkaar samen om te bekijken hoe o.a. de twijfelaars, de uitstellers en de mensen die niet bereikt worden met publiekscampagnes (zoals de arbeidsmigranten en mensen uit de

⁷³ Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

⁷⁴ Advies van de Gezondheidsraad «Transmissie na vaccinatie» d.d. 20 mei 2021, <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/05/20/transmissie-na-vaccinatie>.

⁷⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 384.

⁷⁶ <https://www.impactcorona.nl/wp-content/uploads/2021/09/Working-paper-Voor-mij-geen-coronavaccin-sept-2021.pdf>.

maatschappelijke opvang) bereikt kunnen worden. Tijdens deze overleggen wordt ook geëvalueerd en gereflecteerd op de huidige manier van werken en waar nodig wordt de strategie aangepast.

Verdraagt zich met de aanbevelingen dat de coronapas-regeling mede tot doel heeft twijfelaars te «dringen» richting het zich alsnog laten vaccineren?

Al eerder is door de PvdD-fractieleden gevraagd of u «het oordeel van de fractie van de PvdD [deelt] dat personen die zich in verband met mogelijke bijwerkingen van de vaccins niet willen laten vaccineren, op één lijn moeten worden gesteld met personen die gewetensbezwaren hebben tegen vaccinatie, zoals bedoeld in de vraag van de SGP-fractie, die heeft geleid tot de toezegging?»⁷⁷. Op die vraag gaf u geen antwoord. Kunt u die vraag alsnog beantwoorden?

De keuze om je wel of niet te laten vaccineren is een vrijwillige en persoonlijke afweging. Deze keuze brengt wel verantwoordelijkheden met zich mee vanwege de consequenties voor gezondheid en gezondheidszorg – (juist) ook voor niet-gerelateerde Covid-zorg – van en voor velen. Uit onderzoek blijkt dat mensen die antistoffen hebben tegen Covid-19 – door volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie – aanzienlijk minder risico lopen om ziek te worden van het virus en/of om het virus over te dragen. Vaccineren heeft dus zin voor jezelf, omdat je minder ziek wordt, en voor de ander (en daarmee de volksgezondheid), omdat je anderen minder snel besmet met het virus. Het kabinet blijft zich daarom, samen met vele andere partijen zoals de GGD en huisartsen, inzetten om de vaccinatiegraad in Nederland nog verder te verhogen met een doelgerichte aanpak, bijvoorbeeld door de inzet van prikbusen in wijken waar de vaccinatiegraad laag is. Ook voor mensen die gevoelig zijn voor allergische reacties na vaccinatie is er specialistische hulp beschikbaar om als het verantwoord is vaccinatie mogelijk te maken.

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

Afgelopen 14 september is het CTB als maatregel ingevoerd als vervanging van de 1,5 meter veiligheidsafstandsnorm. Het verschaffen van toegang bij de door de leden genoemde locaties geschiedde tot dat moment op de voorwaarde dat er 1,5 meter afstand gehouden werd en daarmee het risico op besmetting verkleind werd.

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

Het OMT heeft in haar 126^e advies geadviseerd om coronatoegangsbewijzen in te zetten, aangezien de 1,5m-regel werd losgelaten. De inzet van coronatoegangsbewijzen is een mitigerende maatregel om de kans op verspreiding van het coronavirus te remmen. Op dit moment is de inzet van een coronatoegangsbewijs wettelijk verplicht voor iedereen van 13

⁷⁷ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AW, p. 15–16.

jaar en ouder in specifieke sectoren, zoals de horeca, evenementen (waaronder festivals), publiek bij professionele sportwedstrijden en bij topcompetities en bij vertoning van kunst en cultuur. In sectoren waar een coronatoegangsbewijs niet verplicht is, zal het in beginsel ook niet mogelijk zijn om van klanten en bezoekers een coronatoegangsbewijs te vragen. Voor werknemers is nu uitdrukkelijk bepaald dat er niet gevraagd mag worden naar een coronatoegangsbewijs. Met andere woorden, het is bedrijven dus niet toegestaan vrijwillig zomaar het gebruik van coronatoegangsbewijzen te implementeren. Zoals gemeld in de brief, verkennt het kabinet of en zo ja op welke wijze het CTB toegepast kan worden in de relatie tussen werkgever en werknemer daar waar het noodzakelijk geacht wordt voor het waarborgen van een veilige werkomgeving. De verkenning wordt uitgevoerd in de zorg, bij sectoren waar al een CTB-plicht geldt voor gasten, bezoekers en cliënten en vervolgens ook in andere sectoren waar een CTB niet geldt. Daarbij wordt ook een juridische verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden voor juridische verankering. Bij het volgende weegmoment van het Kabinet, begin november, zal meer duidelijkheid ontstaan over de resultaten van deze verkenning.

Bij de brief van 26 augustus 2021⁷⁸ heeft de Nederlandse Vereniging van Bioscopen en Filmtheaters aan het kabinet verzocht om hun leden de mogelijkheid te bieden om na de invoering van het coronatoegangsbewijs volgens het voor dat tijdstip geldende regiem personen te mogen toelaten. Op grond van welke overwegingen is dat verzoek niet gehonoreerd? Indien op vraag 5.2 bevestigend moet worden geantwoord, hoe verdraagt zich dan daarmee dat het verzoek niet is gehonoreerd?

Het OMT heeft in het 126^e-advies aangegeven dat het epidemiologisch verantwoord is om de 1,5m-regel los te laten. Onder andere vanuit handhavings-, nalevings-, en juridisch perspectief is er voor gekozen om de 1,5m-regel overal af te schaffen en niet gedeeltelijk. Daarom is ervoor gekozen om ook in bioscopen het coronatoegangsbewijs in te voeren. Het coronatoegangsbewijs is op 3 manieren te verkrijgen: middels een herstellbewijs, middels een vaccinatiebewijs, of middels een testbewijs. Testen is gratis. Er worden aldus verschillende alternatieven geboden en het testen blijft laagdrempelig mogelijk. Daardoor wordt niemand uitgesloten en is er ook geen sprake van vaccinatiedrang.

Bij brief van 30 september 2021⁷⁹ heeft u eindelijk geantwoord op vragen die al op 18 juni 2021 waren gesteld. Naar aanleiding van de beantwoording hebben de PvdD-fractieleden nog de volgende vragen. Is het juist dat het OMT in het 102e advies heeft aangegeven dat zolang de naleving van het quarantainebeleid in Nederland te wensen overlaat, vlieg- en aanmeerverboden dienen te worden gehandhaafd?⁸⁰

Dat klopt.

Bent u het met de PvdD-fractieleden eens dat als na het 102e OMT-advies zou blijken dat de naleving van het quarantainebeleid onvoldoende is, dat voor het OMT aanleiding zou vormen te adviseren de vlieg- een aanmeerverboden opnieuw in te stellen?

De quarantaineplicht is een van de middelen die de verspreiding van het virus door reizigers en de kans op introductie van nieuwe (gevaarlijke) virusvarianten tegengaan. Andere belangrijke maatregelen zijn onder

⁷⁸ Griffienummer: 168683.35.

⁷⁹ Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI.

⁸⁰ Kamerstukken I 2020/21, 35 526/25 295, AN, bijlage brief van het RIVM van 1 maart 2021 met het advies naar aanleiding van het 102e OMT, p. 7.

meer de reisadviezen, het EU-inreisverbod en de verplichte negatieve testuitslag voor vertrek naar Nederland.

Het OMT heeft in het advies van 31 mei en dat van 18 juni 2021 laten weten dat het daarom en gezien de epidemiologische context van die tijd, geen toegevoegde waarde zag in het behouden en instellen van reisverboden, mits de quarantaineplicht strikte opvolging zou krijgen. Wel wees het OMT op het belang van Europese harmonisatie van eventuele vliegverboden en maatregelen betreffende het reizen.

Wat betreft de naleving van de quarantaineplicht is gekozen voor een systeem waarbij er een reële pakkans is voor mensen die zich niet aan de plicht houden. Het proces is als volgt georganiseerd: het belteam belt teruggekeerde reizigers uit een zeer hoogrisicogebied na. Bij geen gehoor, een foutief telefoonnummer of signalen van het mogelijk niet naleven van de quarantaineplicht, wordt een selectie van de quarantaineverklaringen naar de gemeenten doorgestuurd. De gemeentelijk toezichthouder bezoekt de reiziger vervolgens op het opgegeven quarantaine-adres om de naleving van de quarantaineplicht te controleren. In de periode van 1 juni tot en met 10 oktober zijn ongeveer 200 sancties opgelegd, hetgeen neerkomt op minder dan één procent van de door het belteam ontvangen verklaringen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het grootste deel van de reizigers uit zeer hoogrisicolanden de quarantaineplicht goed naleeft. Gezien het voorgaande, is het kabinet van oordeel dat vlieg- en aanmeer-verboden, in lijn met het OMT-advies, niet noodzakelijk zijn. Mocht de naleving van de quarantaineplicht onvoldoende blijken en de epidemiologische situatie daar aanleiding toe geven, dan zal het kabinet alle noodzakelijke maatregelen nemen.

Is het OMT op de hoogte gesteld van de naleving van het quarantainebeleid in de maanden nadat het 102e OMT-advies was uitgebracht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, achtte het OMT die naleving voldoende met het oog op het tegengaan van besmettingsgevaar?

Het OMT is niet specifiek op de hoogte gesteld van de naleving van het quarantainebeleid. De gedragsunit van het RIVM monitort in gedragsonderzoeken onder andere de naleving van de quarantaineplicht. De resultaten van deze onderzoeken zijn openbaar⁸¹.

Het is niet de rol van het OMT een oordeel te hebben over de naleving van de quarantaineplicht. Het OMT geeft op basis van de epidemiologische situatie een inhoudelijk advies. Daarbij betreft het OMT alle relevante feiten en omstandigheden.

Bij de beantwoording van vraag 6 in uw brief van 30 september jl.⁸² heeft u nagelaten om aan te geven hoeveel inreizigers door het belteam zijn nagebeld. Wat is het aantal inreizigers dat door het belteam is nagebeld?

In de periode tot en met medio september, waar het antwoord op vraag 6 in de door de leden van de fractie van de PvdD genoemde brief op ziet, heeft het belteam ca. 34.000 reizigers opgevolgd van de 37.000 ingenomen quarantaineverklaringen. In 69% van de gevallen was er geen aanleiding om deze door te sturen naar de gemeenten voor handhaving. In de overige gevallen was daar wel aanleiding voor. Met de gemeenten zijn afspraken gemaakt over de maximale hoeveelheid quarantaineverkla-

⁸¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), «Resultaten onderzoek en gedragsregels en welbevinden» (28 september 2021), <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden>.

⁸² Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI, p. 8.

ringen die de gemeenten ontvangen, vanwege de beperkte capaciteit van de gemeenten en de grote (handhavings-) opgaven waar zij voor staan. De maximale hoeveelheid quarantaine verklaringen die naar de gemeenten gaan voor handhaving is 150 per week. Het is dus niet zo dat sowieso alle quarantaine verklaringen van reizigers die bijvoorbeeld de telefoon niet opnemen, worden doorgestuurd naar de gemeenten.

Door terug te rekenen vanuit de wel gegeven percentagegegevens en het feitelijk gegeven dat er 186 sancties zijn opgelegd, komen de PvdD-fractieleden tot de volgende resultaten. 186 sancties zijn opgelegd, dat is 12% van de door gemeenten uitgevoerde controles. Het aantal door gemeenten uitgevoerde controles bedroeg dus 1.550 personen. Dat was 90% van de gemelde gevallen. Het aantal gevallen waarin aanleiding was om een signaal over mogelijke niet-naleving aan gemeenten door te sturen, bedroeg dus 1.722 personen. Dat was 31% van de personen die waren nagebeld. Het aantal personen dat is nagebeld, moet dus 5.554 hebben bedragen. Volgens de gegevens waren er 37.000 quarantaine verklaringen voor nabellen aangeleverd. Daarvan zijn er slechts 5.554 nagebeld. Omdat vermeld wordt dat dit 90% was van de personen van wie een juist telefoonnummer beschikbaar was, hadden dus 6.171 personen een juist en beschikbaar telefoonnummer opgegeven van de 37.000 van wie quarantaine verklaringen waren aangeleverd.

Dat is slechts 16,6%. In 83,4% beschikte men dus niet over een juist telefoonnummer. Blijkens de beantwoording van vraag 5 in uw brief van 30 september jl. zijn 190.000 personen uit een zeerhoogrisicogebied ingereisd.⁸³ Daarvan zijn slechts 5.554 personen (2,9%) door het belteam gecontroleerd, en slechts 186 personen met een sanctie bejegend.

Is naar uw oordeel sprake geweest van voldoende controle op de naleving?

Ja. Naar mijn oordeel zorgt het proces van nabellen tot eventuele handhaving door een gemeentelijk toezichthouder tot voldoende controle op de naleving van de quarantaine plicht. Van de doorgestuurde quarantaine verklaringen aan de gemeenten, is in 89% een controle uitgevoerd door een gemeentelijk toezichthouder. Er zijn tot en met 10 oktober ongeveer 200 sancties opgelegd vanwege het niet naleven van de quarantaine plicht. Het overgrote deel van de reizigers uit zeer hoogrisicogebieden houdt zich aan de quarantaine plicht. Naar mijn oordeel is er sprake van een reële pakkans voor mensen die zich niet aan de plicht houden.

⁸³ Kamerstukken I 2021/22, 35 526/25 295, CI, p. 7.