

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**

## **Infectieziektenbestrijding**

**EB<sup>1</sup>**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 12 april 2022

De leden van de vaste commissies voor J&V<sup>2</sup>, VWS<sup>3</sup> en BiZa/AZ<sup>4</sup> hebben kennisgenomen van de stand van zakenbrief van 15 februari 2022<sup>5</sup>, de reactie van 25 februari 2022 op de tweede verzamelbrief met vragen over covid-19 van 4 februari 2022<sup>6</sup>, het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19<sup>7</sup> en de stand van zakenbrief van 15 maart 2022<sup>8</sup>. Naar aanleiding hiervan is op 25 maart 2022 een brief gestuurd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Minister heeft op 8 april 2022 gereageerd.

<sup>1</sup> De letters EB hebben alleen betrekking op 35 526.

<sup>2</sup> Samenstelling:

Backer (D66), De Boer (GL) (*voorzitter*), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Rombouts (CDA), Baay-Timmerman (50PLUS), Van den Berg (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 (Fractie-Frentrop).

<sup>3</sup> 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), Klip-Martin (VVD) (*voorzitter*), Vos (VVD), Dessing (FVD), Van Gorp (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).

<sup>4</sup> 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 den Berg (VVD), Crone (PvdA), Dittrich (D66) (*voorzitter*), Doornhof (CDA), Frentrop (Fractie-Frentrop), Meijer (VVD), Nicolai (PvdD) (*ondervoorzitter*), Rietkerk (CDA), Rosenmüller (GL), De Vries (Fractie-Otten), Keunen (VVD), Van der Linden (Fractie-Nanninga), Van Pareren (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Talsma (CU).

<sup>5</sup> *Kamerstukken I 2021/22 35 526 / 25 295, DO.*

<sup>6</sup> *Verslag schriftelijk overleg (Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DS).*

<sup>7</sup> *Stb. 2022, 76.*

<sup>8</sup> *Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DW.*

De commissies brengen bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier voor dit verslag,  
Van Dooren

# **BRIEF VAN DE VOorzITTERS VAN DE VASTE COMMISSIES VOOR JUSTITIE EN VEILIGHEID, VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN BINNENLANDSE ZAKEN EN HOGE COLLEGES VAN DE STAAT / KONINKRIJKSRELATIES ALGEMENE ZAKEN EN HUIS VAN DE KONING**

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 25 maart 2022

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ) hebben met belangstelling kennisgenomen van de stand van zakenbrief van 15 februari 2022<sup>9</sup>, de reactie van 25 februari 2022 op de tweede verzamelbrief met vragen over covid-19 van 4 februari 2022<sup>10</sup>, het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19<sup>11</sup> en de stand van zakenbrief van 15 maart 2022<sup>12</sup>.

De leden van de fracties van **D66**, **PvdA**, **ChristenUnie** en **PvdD** hebben naar aanleiding van een of meerdere van deze brieven nog de volgende vragen. De leden van de **50PLUS**-fractie sluiten zich aan bij de vragen van de D66-fractie.

## **Vragen van de D66-fractie**

De fractieleden van D66 hebben enkele vragen over het rapport «Leven in de curve» van NSOB, dat als bijlage bij de brief van 15 februari 2022 is aangeboden. Dit rapport vermeldt in het eerste gedeelte het verloop van de pandemie en de wijze van handelen van het Ministerie van VWS. Het valt de leden van de D66-fractie op dat in januari 2020 het ministerie en overheidsinstanties zoals het RIVM al gealarmeerd waren. Eind februari neemt het aantal besmette personen en patiënten snel toe en is er sprake van een exponentiele stijging. Toch wordt pas op 9 maart in een persconferentie geadviseerd geen handen te schudden en andere hygiëne maatregelen toe te passen en pas op 15 maart werden vrijheidsbeperkende maatregelen en de sluiting van sectoren aangekondigd. Gezien het exponentiële verloop van de uitbraak, bent u dan van mening dat deze sequentie een tijdige inzet van besluiten en maatregelen is geweest? Hoe relateert u de timing van deze maatregelen aan het beloop van de eerste golf die zich nadien heeft laten zien? De leden van de D66-fractie vragen zich daarnaast af of door de afwachtende houding met betrekking tot het inzetten van maatregelen in februari en de eerste twee weken van maart ruimte is gegeven aan verspreiding van het virus. Bent u het eens met de constatering dat dit afwachtende beleid met betrekking tot het instellen van maatregelen begin maart als gevolg heeft gehad dat een groot aantal besmettingen en ziekenhuisopnames heeft plaatsgevonden?

Op minstens drie momenten is de toename van besmettingen en ziekenhuisopnames groter geweest dan kort daarvoor werd ingeschat: in het najaar van 2020, de piek na het «dansen met Janssen» besluit en in het najaar van 2021. Vanwege de toename van besmettingen en ziekenhuispatiënten waren nieuwe of hernieuwde maatregelen noodzakelijk. Is de regering van mening dat een vroegtijdiger ingrijpen deze toename van

<sup>9</sup> Kamerstukken I 2021/22 35 526 / 25 295, DQ.

<sup>10</sup> Verslag schriftelijk overleg (Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DS).

<sup>11</sup> Stb. 2022, 76.

<sup>12</sup> Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DW.

besmettingen en ziekenhuispatiënten had kunnen voorkomen? Indien het antwoord hierop bevestigend is, wat zijn de beweegredenen geweest om te handelen zoals gedaan is?

Al vroeg in de pandemie is besloten om het testen en later ook het vaccineren bij de GGD's te laten plaatsvinden. De GGD organisaties waren hierop niet ingericht. Is de regering van mening dat de keuze voor de GGD organisatie een terechte keuze is geweest? Hoe zouden de GGD's hiervoor beter voorbereid kunnen zijn? Zijn er alternatieve keuzes voor dergelijke grootschalige initiatieven en welke argumenten ziet de Minister om deze alternatieve keuzes wel of niet in te zetten?

In de brief van 15 februari jl. geeft u aan dat de maatregelen zoals mogelijk gemaakt middels de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm), inclusief de 1,5 m afstand, grotendeels vervallen. Gezien eerdere exponentiële stijgingen van (nieuwe) virusvarianten vragen de leden van de D66-fractie in welke situatie en onder welke voorwaarden de regering de maatregelen hernieuwd wil invoeren. Zou u een indicatie kunnen geven in welke situatie bepaalde maatregelen wel en niet zinvol zijn, zodat het voor de burgers vooraf duidelijk is wat hen te wachten staat?

Ten slotte hebben de leden van de D66-fractie nog een enkele vraag naar aanleiding van het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19. De door de Eerste Kamer op 21 februari 2022 aangenomen motie-De Boer c.s.<sup>13</sup> geeft aan dat voor een goedkeuring van de vijfde verlenging Twm sprake zou moeten zijn van aankomende nieuwe permanente wetgeving ter vervanging van de Twm. Zou u de hoofdlijnen of contouren kunnen aangeven van deze nieuwe permanente wetgeving?

### **Vragen van de PvdA-fractie**

Naar aanleiding van de reactie van 25 februari 2022 op de tweede verzamelbrief met vragen over covid-19 het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 hebben de leden van de PvdA-fractie een enkele vragen, die met name gericht zijn op de bescherming van kwetsbare personen. Voor sommige mensen brengen de versoepelingen die voor het overgrote deel van de mensen heel welkom en belangrijk zijn, grote risico's voor hun gezondheid mee. Naast de regels voor basishygiëne zou deze groep ook gebaat zijn bij andere beschermingsvormen.

In de nota van toelichting bij het Besluit van 21 februari 2022 wordt gesteld dat de mondkapjesplicht in het openbaar vervoer (ov), ander bedrijfsmatig personenvervoer en op luchthavens gehandhaafd blijft, vanwege de volgende reden:

«Degenen die vrijwillig anderhalve meter afstand willen blijven aanhouden kunnen dat op deze plaatsen vanwege de drukte niet altijd doen en mensen zijn daar mogelijk langer dan een kwartier dicht bij elkaar. Dit levert een risico op voor kwetsbare personen en daarom blijft de mondkapjesplicht op die plaatsen als mitigerende maatregel gelden.»

<sup>14</sup>

De leden van de PvdA-fractie vragen of er nog andere situaties zijn waarin kwetsbare personen een risico lopen door het loslaten van de afstands-

<sup>13</sup> Kamerstukken I 2021/22, 35 979, G.

<sup>14</sup> Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, nr. 76, p. 10.

maatregelen. Welke afwegingen liggen ten grondslag aan de bescherming van deze groep? Hoe worden degenen die vrijwillig anderhalve meter afstand willen blijven aanhouden hierbij geholpen?

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie op welke wijze kwetsbare personen die zorg ontvangen van thuiszorg of mantelzorgers beschermd worden door de huidige maatregelen en adviezen?

Op 15 maart 2022 werd bekend gemaakt dat de mondkapjesplicht in het ov wordt vervangen door een mondkapjesadvies.<sup>15</sup> De leden van de fractie van de PvdA hebben de afgelopen twee jaar ten aanzien van de coronabestrijding veel aandacht gevraagd voor handhaving van maatregelen, omdat handhaving een cruciale rol speelt in de effectiviteit van maatregelen. Een advies kenmerkt zich door het ontbreken van handhavingsmogelijkheden. De leden van deze fractie vragen of kwetsbare personen die van het openbaar vervoer gebruik willen of moeten maken wel voldoende beschermd worden door het advies een mondkapje te dragen. Worden met vervoersbedrijven zoals de NS afspraken gemaakt over deze adviezen? Is bekend of vervoersbedrijven hun huisregels aanscherpen op basis van het advies een mondkapje te dragen?

### **Vragen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met belangstelling kennisgenomen van de verschillende brieven over de stand van zaken met betrekking tot covid-19 in het algemeen en over specifieke covid-19-onderwerpen. De leden van deze fractie hebben nog enkele vragen.

Zij vernemen graag wanneer de onderzoeksresultaten naar oversterfte conform de motie-Omtzigt<sup>16</sup> beschikbaar komen.

Via diverse kanalen hebben de leden van de fractie van de ChristenUnie grafieken en data ontvangen over de relatie tussen de booster en opname in het ziekenhuis c.q. de ic in Engeland en België. Uit deze data zou blijken dat de booster een negatief effect heeft op de bescherming tegen het (omikron)virus en juist leidt tot meer opnamen. De suggestie wordt gewekt dat vergelijkbare effecten te zien zijn in Nederland. De leden van deze fractie hebben hierover verschillende vragen. Ten eerste, zijn er wetenschappelijke gegevens over het effect van de booster op de bescherming tegen corona en de relatie met de ziekenhuisopnamen in Engeland en België? Zo ja, hoe moeten die gegevens geïnterpreteerd worden? Is vergelijking met Nederland op een zinvolle wijze mogelijk? Ten tweede, zijn er wetenschappelijke gegevens over het effect van de booster op de bescherming tegen corona en in relatie tot de ziekenhuisopnamen in Nederland? Zo ja, hoe kunnen deze gegevens geïnterpreteerd worden?

Uit allerlei gegevens blijkt dat reeds bestaande gezondheidsverschillen door de corona-epidemie worden vergroot. Dat wil zeggen dat burgers en groepen burgers met een slechtere gezondheid (o.a. burgers uit de lagere inkomensklassen en burgers met een migratieachtergrond) gemiddeld meer hebben geleden onder de corona-epidemie dan burgers en groepen burgers met een betere gezondheid. Kunt u het effect van de corona-epidemie op reeds bestaande gezondheidsverschillen nader cijfermatig onderbouwen? Wat betekenen deze verschillen voor toekomstig coronabeleid?

---

<sup>15</sup> Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DW.

<sup>16</sup> Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1617.

## Vragen van de PvdD-fractie

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 25 februari 2022 met de antwoorden op de vragen van 4 februari 2022. De beantwoording geeft de leden van de PvdD-fractie aanleiding tot vervolgvragen.

### Vraag 1

In het antwoord op vraag 34 geeft u aan dat de vaccineffectiviteit tegen infectie door het RIVM wordt gemonitord en dat de cijfers over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname elke twee weken worden gepubliceerd. Bent u bereid om aan het RIVM te vragen bij de tweeweekelijkse mededeling over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname tevens de cijfers over vaccineffectiviteit tegen infectie te vermelden?

### Vraag 2

In het antwoord op vraag 35 onderschrijft u de in die vraag vervatte stellingen van professor Kroes. Op laatste deelvraag «Is het kabinet bereid om het RIVM op te dragen om de onderliggende data die het bij de modellering hanteert ter beschikking te stellen aan externe experts» wordt echter geen antwoord gegeven. U schrijft dat «de uitgangspunten, vooronderstellingen en gebruikte methodiek (...) openbaar» zijn. De ingevoerde data zijn dat echter niet.

### Vraag 2a

Deelt u het oordeel van de leden van de PvdD dat de «uitdaging» waarover prof. Kroes het had, pas adequaat kan geschieden als de externe experts beschikken over alle aan de modellers ter beschikking staande data, dus ook de in de modellen ingevoerde data?

### Vraag 2b

Bent u bereid om experts toegang te geven tot de data die het RIVM invoert?

### Vraag 3

In het antwoord op vraag 36 geeft u aan dat u advisering door de Begeleidingscommissie DOBC «in deze fase niet meer noodzakelijk acht».

### Vraag 3a

Hoe verhoudt zich dat tot het feit dat het kabinet de tijdelijke wet voor de CoronaMelder wenst te verlengen?

### Vraag 3b

Als er reden is om die tijdelijke wet te verlengen en er dus rekening mee wordt gehouden dat het belang van de CoronaMelder weer zal toenemen, waarom wordt dan de Begeleidingscommissie DOBC op voorhand al opgeheven? Welk belang verzet zich ertegen dat die commissie blijft bestaan gedurende de werking van de tijdelijke wet?

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning

(BiZa/AZ) zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag bij voorkeur voor **vrijdag 8 april 2022**, in verband met het brede beleidsdebat over covid-19 op 12 april 2022.

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,  
T. Klip-Martin

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

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 april 2022

Op 25 maart jl. hebben de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ) een brief gestuurd, waarin zij het kabinet verzoeken om een reactie op aanvullende vragen, die de commissie heeft gesteld naar aanleiding van mijn brieven van de afgelopen periode.<sup>17</sup> Met deze brief informeer ik uw Kamer over de beantwoording van deze vragen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.J. Kuipers

---

<sup>17</sup> Stand van Zakenbrief van 15 februari 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526 / 25 295, DQ); de reactie van 25 februari 2022 op de tweede verzamelbrief met vragen over COVID-19 van 4 februari 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526 / 25 295, DS); het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Stb. 2022, 76); en de Stand van Zakenbrief van 15 maart 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526 / 25 295, DW).



## Vragen van de D66-fractie

### Vraag 1

De fractieleden van D66 hebben enkele vragen over het rapport «Leven in de curve» van NSOB, dat als bijlage bij de brief van 15 februari 2022 is aangeboden. Dit rapport vermeldt in het eerste gedeelte het verloop van de pandemie en de wijze van handelen van het Ministerie van VWS. Het valt de leden van de D66-fractie op dat in januari 2020 het ministerie en overheidsinstanties zoals het RIVM al gealarmeerd waren. Eind februari neemt het aantal besmette personen en patiënten snel toe en is er sprake van een exponentiele stijging. Toch wordt pas op 9 maart in een persconferentie geadviseerd geen handen te schudden en andere hygiëne maatregelen toe te passen en pas op 15 maart werden vrijheidsbeperkende maatregelen en de sluiting van sectoren aangekondigd. Gezien het exponentiële verloop van de uitbraak, bent u dan van mening dat deze sequentie een tijdige inzet van besluiten en maatregelen is geweest?

### Antwoord

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) heeft onlangs de eerste fase van de COVID-19-aanpak geëvalueerd. De kabinetsreactie hierop heb ik op 1 april jl. naar de Tweede Kamer verzonden.<sup>18</sup> De Onderzoeksraad beschrijft daarin dat het kabinet in januari en februari 2020 een indamstrategie hanteerde, waarbij zieken werden geïsoleerd, hun naasten werden getest en de bevolking breed werd geïnformeerd over buitenlandse risicogebieden.<sup>19</sup> Hierin volgde het kabinet de adviezen op van de experts. Deze strategie, die in lijn was met andere Europese lidstaten, was gebaseerd op eerdere ervaringen met SARS, MERS en ebola. Met deze strategie was de verwachting dat het aantal besmettingen laag zou blijven.

De onverwacht snelle verspreiding begin maart, waarbij steeds duidelijker werd dat ook mensen zonder symptomen het virus konden overdragen, maakte duidelijk dat indammen niet meer mogelijk was. Toen is het kabinet overgegaan op de mitigatiestrategie, die naast het voorkomen van de verspreiding, het beschermen van kwetsbaren en het beheersbaar houden van de belasting van de zorgsector tot doel had.<sup>20</sup>

### Vraag 2

Hoe relateert u de timing van deze maatregelen aan het beloop van de eerste golf die zich nadien heeft laten zien?

### Antwoord

Uit de ervaring van andere landen kan worden geconcludeerd dat het beloop van de eerste golf alleen in landen die zeer ingrijpende maatregelen hebben genomen anders is geweest. Het is de vraag hoeveel draagvlak er op dat moment voor dergelijke maatregelen zou zijn geweest in Nederland.

### Vraag 3

De leden van de D66-fractie vragen zich daarnaast af of door de afwachtende houding met betrekking tot het inzetten van maatregelen in februari en de eerste twee weken van maart ruimte is gegeven aan verspreiding van het virus.

<sup>18</sup> 2022Z06403 of zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/01/kamerbrief-over-kabinetsreactie-onderzoeksrapport-van-de-onderzoeksraad-voor-veiligheid-aanpak-coronacrisis-deel-1>.

<sup>19</sup> OVV-rapport «Aanpak coronacrisis: Deel 1: tot september 2020», p. 44.

<sup>20</sup> Ibid., p. 140.

#### Antwoord

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) heeft onlangs de eerste fase van de COVID-19-aanpak geëvalueerd. De Onderzoeksraad beschrijft daarin dat het kabinet in januari en februari 2020 een indamstrategie hanteerde, waarbij zieken werden geïsoleerd, hun intimi werden getest en de bevolking breed werd geïnformeerd over buitenlandse risicogebieden.<sup>21</sup> Deze strategie was gebaseerd op eerdere ervaringen met onder meer SARS, MERS en ebola. Met deze strategie was de verwachting dat het aantal besmettingen laag zou blijven.

Doordat het virus zich onverwacht al heel snel bleek te hebben verspreid, is geconcludeerd dat indammen van het virus niet meer mogelijk was. Op dat moment is gekozen om deze strategie te vervangen door een mitigatiestrategie, die naast het voorkomen van verdere verspreiding van het virus, het beschermen van kwetsbaren en het beheersbaar houden van de belasting van de zorgsector tot doel had.<sup>22</sup>

#### Vraag 4

Bent u het eens met de constatering dat dit afwachtende beleid met betrekking tot het instellen van maatregelen begin maart als gevolg heeft gehad dat een groot aantal besmettingen en ziekenhuisopnames heeft plaatsgevonden?

#### Antwoord

Het kabinet hanteerde in januari en februari een indamstrategie die gebaseerd was op eerdere ervaringen met bestrijding van virussen. Op basis van de toen beschikbare kennis was de verwachting dat het aantal besmettingen hierdoor laag zou blijven. Naarmate de pandemie vorderde werd ook meer kennis over het virus en het effect ervan opgedaan. Er was heel weinig bekend over de eigenschappen van het virus. Die onbekendheid en onzekerheid was voor alle landen op dat moment een belangrijke factor. In maart 2020 constateerde het kabinet dat het virus met deze strategie niet kon worden ingedamd en dat hiermee geen acceptabele druk op de zorg kon worden behouden. Daarom werd overgestapt op een mitigatiestrategie om onder meer de virusverspreiding zoveel mogelijk te voorkomen en de druk op de zorg zoveel mogelijk te verminderen. Daar zijn toen bijpassende maatregelen bij getroffen, die verdere verspreiding moesten voorkomen.

#### Vraag 5

Op minstens drie momenten is de toename van besmettingen en ziekenhuisopnames groter geweest dan kort daarvoor werd ingeschat: in het najaar van 2020, de piek na het «dansen met Janssen» besluit en in het najaar van 2021. Vanwege de toename van besmettingen en ziekenhuispatiënten waren nieuwe of hernieuwde maatregelen noodzakelijk. Is de regering van mening dat een vroegtijdiger ingrijpen deze toename van besmettingen en ziekenhuispatiënten had kunnen voorkomen? Indien het antwoord hierop bevestigend is, wat zijn de beweegredenen geweest om te handelen zoals gedaan is?

#### Antwoord

De afgelopen periode heeft ons geleerd dat het heel lastig is om te voorspellen hoe het coronavirus zich zal ontwikkelen. In het begin was de onbekendheid met het virus een belangrijke factor. Later ontstonden er nieuwe varianten die steeds weer voor een nieuwe en daarmee onbekende situatie zorgden. De keuze van het kabinet om maatregelen te nemen of af te schaffen is steeds gebaseerd op de wetenschappelijke

<sup>21</sup> OVV-rapport «Aanpak coronacrisis: Deel 1: tot september 2020», p. 44.

<sup>22</sup> Ibid., p. 140.

inzichten die op dat moment over het virus aanwezig zijn. Aan de hand hiervan bepaalt het kabinet welke maatregelen in die situatie het best passend zijn om een verdere verspreiding van het virus te voorkomen, zo ook op de door u genoemde momenten.

#### Vraag 6

Al vroeg in de pandemie is besloten om het testen en later ook het vaccineren bij de GGD's te laten plaatsvinden. De GGD organisaties waren hierop niet ingericht. Is de regering van mening dat de keuze voor de GGD organisatie een terechte keuze is geweest? Hoe zouden de GGD's hiervoor beter voorbereid kunnen zijn? Zijn er alternatieve keuzes voor dergelijke grootschalige initiatieven en welke argumenten ziet de Minister om deze alternatieve keuzes wel of niet in te zetten?

#### Antwoord

Het kabinet staat achter de gemaakte keuze om het testen en het vaccineren bij de GGD'en te laten plaatsvinden. Met betrekking tot alternatieven kan gedacht worden aan het meer bij marktpartijen neerleggen van het grootschalig testen of vaccineren. Gedurende de crisis hebben we gezien dat de markt veel en flexibel capaciteit kan leveren. Dit kan een alternatief zijn, mits hier een strakke regie op gevoerd wordt, waaronder een hoge mate van kwaliteitscontrole. Een nadeel van de inzet van marktpartijen is dat er in een crisis regelmatig snel geschakeld moet worden. Wetgeving rondom aanbesteding bemoeilijkte dit. Het kabinet vindt het belangrijk om de crisisaanpak te evalueren en daar lessen uit te trekken die ook kunnen helpen om beter voorbereid te zijn op een eventuele volgende pandemie. Wat in deze pandemie duidelijk is geworden, is dat de infrastructuur bij de start van de coronacrisis er in de basis wel was, maar niet kon voldoen aan het bestrijden van een grootschalige, langdurige en onvoorspelbare pandemie. Mijn ambtsvoorganger heeft op 18 juni 2021 het idee van een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding laten verkennen.<sup>23</sup> Hierover is tevens gesproken met de Tweede Kamer tijdens het debat over de initiatiefnota «Nu investeren in de GGD» op 7 februari 2022. We verwachten dit voorjaar met een plan te komen voor de toekomst.

#### Vraag 7

In de brief van 15 februari jl. geeft u aan dat de maatregelen zoals mogelijk gemaakt middels de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 (Twm), inclusief de 1,5 m afstand, grotendeels vervallen. Gezien eerdere exponentiële stijgingen van (nieuwe) virusvarianten vragen de leden van de D66-fractie in welke situatie en onder welke voorwaarden de regering de maatregelen hernieuwd wil invoeren.

#### Vraag 8

Zou u een indicatie kunnen geven in welke situatie bepaalde maatregelen wel en niet zinvol zijn, zodat het voor de burgers vooraf duidelijk is wat hen te wachten staat?

#### Antwoord vraag 7 en vraag 8

De acute coronacrisis lijkt voorbij, maar corona blijft onder ons. Dat vraagt om een heldere lange termijnstrategie, waarbij het kabinet expliciet kiest voor een open samenleving als uitgangspunt. Het kabinet wil er alles aan doen om de open samenleving te waarborgen, ook wanneer we in een ongunstig scenario terechtkomen. Tegelijk kan niet worden uitgesloten dat in extreme situaties keuzes nodig zullen zijn om de zorg toegankelijk te houden.

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1297.

In mijn brief aan uw Kamer van 1 april jl. zijn de verschillende onderdelen van de langetermijnstrategie uiteengezet.<sup>24</sup> Zoals vermeld in deze brief, gaat het kabinet samen met sectoren bepalen wat het beste werkt om de schade van mogelijke maatregelen te beperken en sluiting van sectoren te voorkomen. Deze gezamenlijke aanpak helpt ook om meer voorspelbaarheid, maatwerk en rust in de besluitvorming te realiseren. Het doel is daarbij om voorbereid te zijn mocht onverhoopt sprake zijn van een zware opleving, bijvoorbeeld door de komst van een meer ziekmakende variant of een variant die zich aan de huidige immuniteit onttrekt.

In de lange termijnstrategie wordt rekening gehouden met vier mogelijke scenario's: 1) Verkoudheidsscenario, 2) Griep+ scenario, 3) Continue Strijd scenario en 4) Worst Case scenario. Voor de eerste twee scenario's gaat het vooral om voorzorgsmaatregelen die sectoren zelf willen en kunnen nemen om verspreiding van het virus en kans op ernstig beloop ziekte te verminderen. In het derde scenario verwacht het kabinet dat preventieve maatregelen niet voldoende en zal de inzet van contactbeperkende maatregelen nodig kunnen zijn, om de samenleving zo ver mogelijk open te houden. Daarvoor vragen we sectoren hoe zij bij een opleving van het virus contacten aanzienlijk veiliger kunnen maken en aan welke maatregelen zij voorkeur geven om verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen. De inspanningen die daarvoor nodig zijn zullen (deels) een verplichtend karakter kunnen hebben. Denk daarbij aan de inzet van het coronatoegangsbewijs, het aanhouden van de 1,5 meter afstand, capaciteitsbeperkingen en placering.

De kans dat we in scenario vier, een worst case scenario, terechtkomen is volgens wetenschappers relatief klein, maar kan niet uitgesloten worden. Inzet van zwaardere contactbeperkende maatregelen is in dit scenario noodzakelijk om ernstige ziekte, hoge sterfte en ontwrichting van zorg en maatschappij te voorkomen. Sluiting van sectoren is daarbij niet uitgesloten.

#### Vraag 9

Ten slotte hebben de leden van de D66-fractie nog een enkele vraag naar aanleiding van het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19. De door de Eerste Kamer op 21 februari 2022 aangenomen motie-De Boer c.s.<sup>25</sup> geeft aan dat voor een goedkeuring van de vijfde verlenging Twm sprake zou moeten zijn van aankomende nieuwe permanente wetgeving ter vervanging van de Twm. Zou u de hoofdlijnen of contouren kunnen aangeven van deze nieuwe permanente wetgeving?

#### Antwoord

Ik heb uw Kamer bij brief van 31 maart 2022 geïnformeerd over een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van COVID-19 op de lange termijn. In dit kader wordt met lange termijn bedoeld de periode tot het moment dat de Wet publieke gezondheid is herzien voor toekomstige pandemieën of tot het moment dat gezien de ontwikkeling van het virus het niet langer noodzakelijk en proportioneel is om specifieke bevoegdheidsgrondslagen te behouden voor de bestrijding van de epidemie van COVID-19 of een directe dreiging daarvan. In de genoemde brief heb ik geschreven dat het kabinet graag de drie opties met de Tweede Kamer en met u bespreekt om te komen tot een gedragen wettelijk instrumentarium voor het kunnen verplichten van

<sup>24</sup> 2022Z06406 of zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/kamerstukken/2022/04/01/kamerbrief-over-lange-termijn-aanpak-covid-19>.

<sup>25</sup> *Kamerstukken I* 2021/22, 35 979, G.

maatregelen op de lange termijn indien dat noodzakelijk is in het kader van het virus.

### Vragen van de PvdA-fractie

Naar aanleiding van de reactie van 25 februari 2022 op de tweede verzamelbrief met vragen over covid-19 het Besluit van 21 februari 2022, houdende de vijfde verlenging van de geldingsduur van bepalingen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 hebben de leden van de PvdA-fractie een enkele vragen, die met name gericht zijn op de bescherming van kwetsbare personen. Voor sommige mensen brengen de versoepelingen die voor het overgrote deel van de mensen heel welkom en belangrijk zijn, grote risico's voor hun gezondheid mee. Naast de regels voor basishygiëne zou deze groep ook gebaat zijn bij andere beschermingsvormen.

In de nota van toelichting bij het Besluit van 21 februari 2022 wordt gesteld dat de mondkapjesplicht in het openbaar vervoer (ov), ander bedrijfsmatig personenvervoer en op luchthavens gehandhaafd blijft, vanwege de volgende reden:

«Degenen die vrijwillig anderhalve meter afstand willen blijven aanhouden kunnen dat op deze plaatsen vanwege de drukte niet altijd doen en mensen zijn daar mogelijk langer dan een kwartier dicht bij elkaar. Dit levert een risico op voor kwetsbare personen en daarom blijft de mondkapjesplicht op die plaatsen als mitigerende maatregel gelden.»<sup>26</sup>

#### Vraag 10

De leden van de PvdA-fractie vragen of er nog andere situaties zijn waarin kwetsbare personen een risico lopen door het loslaten van de afstandsmaatregelen. Welke afwegingen liggen ten grondslag aan de bescherming van deze groep? Hoe worden degenen die vrijwillig anderhalve meter afstand willen blijven aanhouden hierbij geholpen?

#### Antwoord

In haar 137<sup>e</sup> advies spreekt het OMT van «ongecontroleerde» situaties. Dat zijn situaties waar sprake is van veel bewegingen, waar de anderhalve meter niet gehandhaafd kan worden, waar aerosolvorming (zingen, schreeuwen) optreedt, en waarin twijfels zijn over de mate van ventilatie in een binnenruimte. In dergelijke situaties kunnen kwetsbare personen een FFP2-masker overwegen. Een FFP2-masker biedt de drager een betere bescherming, maar is minder geschikt voor langdurig gebruik. Het advies voor kwetsbaren is om de verblijfsduur in dergelijke situaties zoveel mogelijk te beperken, maar in elk geval niet langer dan de geadviseerde draagduur in de productspecificaties van het masker, meestal rond de 3 à 4 uur.

Ik realiseer mij dat het uitgangspunt van een open samenleving, zoals opgenomen in de lange termijn aanpak COVID-19, extra druk kan leggen op medisch kwetsbare groepen. Het is belangrijk dat er aandacht is voor deze groepen en maatwerk hiervoor mogelijk blijft. Dit uitgangspunt wordt daarom gekoppeld aan de oproep aan iedereen om zich vrijwillig aan basismaatregelen te blijven houden om zo zichzelf, maar vooral ook mensen met een kwetsbare gezondheid, te beschermen. Hiervoor is het kabinet ook een bewustwordingscampagne gestart. Bij verantwoord versoepelen hoort ook de overweging welke beschermingsregelingen voor kwetsbare groepen op dat moment nodig zijn.

<sup>26</sup> Kamerstukken / 2021/22, 35 526 / 25 295, nr. 76, p. 10.

Met de overgang naar de volgende fase is het noodzakelijk om een beleidskeuze te maken of, en in welke mate, medisch kwetsbare groepen op de langere termijn door de overheid voorzien moeten worden van beschermingsmiddelen en tot welke grens dit een redelijke eigen verantwoordelijkheid is. Het kabinet gaat hiervoor advies van de Gezondheidsraad vragen om de lange termijn bescherming richting het najaar medisch te onderbouwen. Daarbij laat ik ook onderzoeken of de bestaande regelingen omtrent persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor kwetsbare groepen aansluiten bij de behoeften van de doelgroepen. De inzet van beschermingsmiddelen kan zeker ook op het psychische vlak een steun zijn in de herstelfase na COVID voor groepen die zich tijdens de pandemie erg kwetsbaar hebben gevoeld – en nog steeds voelen.

#### Vraag 11

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie op welke wijze kwetsbare personen die zorg ontvangen van thuiszorg of mantelzorgers beschermd worden door de huidige maatregelen en adviezen?

#### Antwoord

Zie het antwoord op vraag 10. Mantelzorgers en PGB-hulpverleners kunnen nog steeds gebruik maken van gratis beschermingsmiddelen die zij via apotheken kunnen verkrijgen.

#### Vraag 12

Op 15 maart 2022 werd bekend gemaakt dat de mondkapjesplicht in het ov wordt vervangen door een mondkapjesadvies.<sup>27</sup> De leden van de fractie van de PvdA hebben de afgelopen twee jaar ten aanzien van de coronabestrijding veel aandacht gevraagd voor handhaving van maatregelen, omdat handhaving een cruciale rol speelt in de effectiviteit van maatregelen. Een advies kenmerkt zich door het ontbreken van handhavingmogelijkheden. De leden van deze fractie vragen of kwetsbare personen die van het openbaar vervoer gebruik willen of moeten maken wel voldoende beschermd worden door het advies een mondkapje te dragen. Worden met vervoersbedrijven zoals de NS afspraken gemaakt over deze adviezen? Is bekend of vervoersbedrijven hun huisregels aanscherpen op basis van het advies een mondkapje te dragen?

#### Antwoord

Er zijn geen specifieke afspraken gemaakt met de vervoerders over het mondkapjesadvies in het openbaar vervoer. Vervoerders zijn wel bekend met de adviezen, zij bepalen in de uitvoering zelf hoe ze met dit advies omgaan.

### **Vragen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben met belangstelling kennisgenomen van de verschillende brieven over de stand van zaken met betrekking tot covid-19 in het algemeen en over specifieke covid-19-onderwerpen. De leden van deze fractie hebben nog enkele vragen.

#### Vraag 13

Zij vernemen graag wanneer de onderzoeksresultaten naar oversterfte conform de motie-Omtzigt<sup>28</sup> beschikbaar komen.

<sup>27</sup> Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DW.

<sup>28</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1617.

## Antwoord

Het oversterfte onderzoek (motie Omtzigt) is onderverdeeld in 3 trajecten.

- Traject 1: onderzoek (modelmatig) naar de doodsoorzaken en sterfte in 2021 op basis van de op dat moment beschikbare data, is reeds uitgevoerd door het CBS. De resultaten van dit traject zijn in januari 2022 gepubliceerd.<sup>29</sup>
- Traject 2: nader onderzoek, uitgevoerd door het CBS en het RIVM met de beschikbare data, zal naar verwachting eind juni 2022 de eerste resultaten opleveren. Een klankbordgroep van onafhankelijke academici is via ZonMw ingericht ter ondersteuning van het CBS en het RIVM. De klankbordgroep adviseert over de haalbaarheid, scope, aanpak, resultaten en duiding van de onderzoeken. Eind april 2022 komen zij opnieuw samen en wordt beoordeeld in hoeverre de huidige planning van traject 2 volledig haalbaar is, gegeven de beschikbare data.
- Traject 3: onderzoek door academici die niet gelieerd zijn aan het RIVM of het CBS, zal via een ZonMw subsidie traject uitgevoerd worden. Dit is reeds in de voorbereidende fase en zal naar verwachting in juli van start gaan. In de huidige planning worden eind 2022 hier de eerste resultaten van verwacht.

Om de hierboven beschreven planning te halen is er afhankelijkheid van een aantal zaken. Zo is de beschikbaarheid van koppelbare data belangrijk, waarbij door de betrokken partijen uiterst zorgvuldig omgegaan moet worden met het algemene belang, het recht op privacy en het gebruik van medische- en bijzondere persoonsgegevens. Daarnaast zijn we afhankelijk van de beoordeling van de inhoudelijke kwaliteit van de resultaten en onderzoeksvoorstellen. Voor traject 2 heeft de klankbordgroep hier een belangrijke adviesrol in te vervullen.

Belangrijke databronnen zijn de vaccinatie-(RIVM) en test- en meldingsdata (GGD'en) en data over IC-opnames (NICE). Zo geeft de klankbordgroep, ingericht door ZonMw hierover aan dat: «late of onvolledige beschikbaarheid [van deze data] consequenties [zal] hebben voor de onderzoeksmogelijkheden en de onderzoeksresultaten».<sup>30</sup>

Voor de vaccinatiedata worden momenteel door RIVM een aanvraagprocedure en aanvraagcriteria ingeregeld die de aanvraag voor het gebruik van de vaccinatiedata faciliteren en het mogelijk maken voor ZonMw om na de zomer de subsidies voor onderzoek te kunnen verstrekken. Daarnaast is er op dit moment een juridische discussie gaande over of er een wettelijke grondslag is om de testdata in deze fase van de pandemie koppelbaar te delen met het CBS. Dit levert tenminste vertraging op en mogelijk uitstel. De beschikbaarheid van NICE-data voor traject 2 en 3 is eveneens onzeker. Ook voor deze databron spelen juridische discussies over privacy.

## Vraag 14

Via diverse kanalen hebben de leden van de fractie van de ChristenUnie grafieken en data ontvangen over de relatie tussen de booster en opname in het ziekenhuis c.q. de IC in Engeland en België. Uit deze data zou blijken dat de booster een negatief effect heeft op de bescherming tegen het (omikron)virus en juist leidt tot meer opnamen. De suggestie wordt gewekt dat vergelijkbare effecten te zien zijn in Nederland. De leden van deze fractie hebben hierover verschillende vragen.

<sup>29</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021>.

<sup>30</sup> [https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Corona/Notulen\\_vergadering\\_klankbordgroep.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Corona/Notulen_vergadering_klankbordgroep.pdf).

#### Vraag 14a

Ten eerste, zijn er wetenschappelijke gegevens over het effect van de booster op de bescherming tegen corona en de relatie met de ziekenhuisopnamen in Engeland en België? Zo ja, hoe moeten die gegevens geïnterpreteerd worden? Is vergelijking met Nederland op een zinvolle wijze mogelijk?

#### Antwoord

Wekelijks publiceert het UK Health Security Agency (UKSHA) een rapportage over de vaccineffectiviteit van COVID-19 vaccinaties, inclusief de booster.<sup>31</sup> In de meest recente rapportage is te zien dat de effectiviteit van de booster na verloop van tijd wel wat afneemt, maar na 4 tot 6 maanden nog steeds tussen de 75%–85% ligt. Op pagina 45 in het rapport staat in tabel 13 dat op basis van de ruwe (ongecorrigeerde) data meer besmettingen per 100.000 personen onder gevaccineerde zijn geweest dan bij ongevaccineerde personen. Dit effect is om verschillende redenen ontstaan, zoals in de voetnoot van de publicatie staat toegelicht. Het testgedrag is waarschijnlijk anders tussen groepen met verschillende vaccinatiestatus, met als gevolg dat er ook verschillen zijn in de kans dat iemand wordt geïdentificeerd als positief. Personen die zich direct laten vaccineren zijn onder andere de personen die een hoger risico lopen op besmetting met COVID-19 door leeftijd, beroep, familieomstandigheden of onderliggend lijden. Personen die volledig gevaccineerd zijn en personen die niet gevaccineerd zijn kunnen zich anders gedragen, in het bijzonder met betrekking tot sociale interacties en daardoor een ander niveau van blootstelling hebben. Ten slotte hebben personen die zich nooit hebben laten vaccineren mogelijk al in een eerdere periode een COVID-19-infectie doorgemaakt, in de weken en maanden voor de omikronperiode. Dit kan ongevaccineerde personen immuniteit tegen het virus geven, wat mogelijk heeft bijgedragen aan een lagere infectie incidentie in de afgelopen weken.

Ruwe incidenties kunnen tevens niet vergeleken worden door verschillen in leeftijd en de tijd die is verstreken sinds de laatste vaccinaties. Om die reden wordt door middel van regressieanalyses de vaccineffectiviteit berekend. Dit is dan ook een zinnigere manier om de vergelijking te maken dan enkel ruwe incidenties.

Wetenschappelijke publicaties uit België zijn mij niet bekend.

#### Vraag 14b

Ten tweede, zijn er wetenschappelijke gegevens over het effect van de booster op de bescherming tegen corona en in relatie tot de ziekenhuisopnamen in Nederland? Zo ja, hoe kunnen deze gegevens geïnterpreteerd worden?

#### Antwoord

De effectiviteit van de COVID-19-vaccins, dus ook de boostervaccinatie, wordt gemonitord door het RIVM. Dit wordt gedaan door gegevens van de ziekenhuisopnameregistratie van Stichting NICE te verrijken met vaccinatiegegevens uit het centrale COVID-19 vaccinatie Informatie- en Monitoringssysteem (CIMS). De resultaten van deze monitoring worden elke twee weken door het RIVM gepubliceerd.<sup>32</sup> Een verdere toelichting van de methode vindt u in deze rapporten. In de laatste publicatie van 15 maart jl. was de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname van de

<sup>31</sup> [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1061532/Vaccine\\_surveillance\\_report\\_-\\_week\\_11.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1061532/Vaccine_surveillance_report_-_week_11.pdf).

<sup>32</sup> <https://www.rivm.nl/documenten/effectiviteit-van-covid-19-vaccinatie-tegen-ziekenhuis-en-intensive-care-opname-in-8>.



basisserie 48%. Na boostvaccinatie is de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname 87% ten opzichte van ongevaccineerden. Dit betekent dat de kans op ziekenhuisopname bijna 8 keer kleiner is voor mensen die de boostervaccinatie hebben ontvangen dan voor mensen die niet gevaccineerd zijn. De bescherming van de boostvaccinatie tegen ziekenhuisopnames ten opzichte van personen met een afgeronde basisserie is 74%. Dit betekent dat de kans op ziekenhuisopname ongeveer 4 keer kleiner is voor mensen die de boostvaccinatie hebben ontvangen dan voor mensen die enkel de basisserie hebben afgerond.

Vaccinatie of een eerdere besmetting met het coronavirus beschermen minder goed tegen de omikronvariant dan tegen de deltavariant. Een boostvaccinatie zorgt dat de bescherming tegen omikron weer wordt verhoogd. De bescherming tegen infectie met de omikronvariant was na vaccinatie 33% en na een eerdere infectie 25%. Na boostvaccinatie steeg de bescherming tegen de deltavariant naar 93% en tegen omikron naar 68%. Dit betekent dat de kans op infectie met de omikronvariant ongeveer 3 keer kleiner is voor mensen die de boostvaccinatie hebben ontvangen ten opzichte van mensen die ongevaccineerd zijn. Mensen die volledig gevaccineerd zijn met de basisserie én eerder besmet zijn geraakt met het coronavirus, waren beter beschermd tegen de delta- en omikronvariant dan mensen die alleen gevaccineerd zijn, of alleen een eerdere infectie hadden.<sup>33</sup>

#### Vraag 15

Uit allerlei gegevens blijkt dat reeds bestaande gezondheidsverschillen door de corona-epidemie worden vergroot. Dat wil zeggen dat burgers en groepen burgers met een slechtere gezondheid (o.a. burgers uit de lagere inkomensklassen en burgers met een migratieachtergrond) gemiddeld meer hebben geleden onder de corona-epidemie dan burgers en groepen burgers met een betere gezondheid. Kunt u het effect van de corona-epidemie op reeds bestaande gezondheidsverschillen nader cijfermatig onderbouwen? Wat betekenen deze verschillen voor toekomstig coronabeleid?

#### Antwoord

De urgentie om gezondheidsachterstanden aan te pakken bestaat al langer. In Nederland leven mensen met een lager opleidingsniveau gemiddeld ruim 4 jaar korter en bovendien krijgen zij ruim 14 jaar eerder te maken met een slechter ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden.<sup>34</sup> In navolging van het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid, «Een eerlijke kans op een gezond leven» werkt de Staatssecretaris van VWS aan een interdepartementale aanpak. Voor de zomer 2022 wordt uw Kamer hierover geïnformeerd. Hiermee geven we opvolging aan de aangenomen motie van de leden Leijten (SP) en Van der Laan (D66) over een samenhangende en domein overstijgende aanpak van gezondheidsachterstanden.<sup>35</sup> Bij de uitwerking van die aanpak betrekken we ook beschikbare data en informatie over de gevolgen van de coronapandemie op gezondheidsverschillen.

De tot nu toe beschikbare informatie over de impact van de coronapandemie onder burgers en groepen burgers hebben vooral betrekking op cijfers uit 2020. Zo blijkt uit een recente publicatie van het CBS dat er voor de pandemie al een duidelijk verband was tussen inkomen en sterfte: hoe lager het inkomen, des te hoger het risico op overlijden. En dat dit ook

<sup>33</sup> <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.06.22270457v2>.

<sup>34</sup> Zie: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting> en <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid>.

<sup>35</sup> Kamerstuk 35 758, nr. 5.

geldt voor het overlijden aan COVID-19. In de eerste golf van de coronapandemie waren deze verschillen in COVID-19 sterfte naar inkomen vergelijkbaar met die van de sterfte aan andere doodsoorzaken. Tijdens de tweede golf van de coronapandemie zijn die verschillen toegenomen. Ook blijkt het risico op COVID-19-sterfte groter onder mensen met een Marokkaanse, Turkse en Surinaamse achtergrond.<sup>36</sup>Echter, voor een goed zicht op de ontwikkeling van gezondheidsverschillen tijdens de pandemie is de data uit 2020 te beperkt. De benodigde data over 2021 komen gedurende dit jaar steeds meer ter beschikking, waardoor de vraag over het specifieke effect van de coronapandemie op gezondheidsverschillen beter te beantwoorden is.

Naast sterfte is mentale gezondheid een belangrijke indicator waar veel aandacht voor is. Uit internationaal en nationaal onderzoek blijkt dat de coronapandemie gepaard ging met een toename van mentale klachten. De Gezondheidsraad geeft aan dat er reden is tot zorg over sociaal kwetsbare groepen waar mentale problemen ook al vaker optraden voor de pandemie.<sup>37</sup> De Staatssecretaris van VWS is momenteel, in overleg met de doelgroep zelf en andere betrokken partijen, bezig met het uitwerken van een aanpak voor een mentaal gezond Nederland. Uw Kamer ontvangt de aanpak zo spoedig mogelijk, in ieder geval voor de zomer.

### **Inbreng PvdD**

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 25 februari 2022 met de antwoorden op de vragen van 4 februari 2022. De beantwoording geeft de leden van de PvdD-fractie aanleiding tot vervolgvragen.

#### Vraag 16

In het antwoord op vraag 34 geeft u aan dat de vaccineffectiviteit tegen infectie door het RIVM wordt gemonitord en dat de cijfers over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname elke twee weken worden gepubliceerd. Bent u bereid om aan het RIVM te vragen bij de tweewekelijkse mededeling over de vaccineffectiviteit tegen ziekenhuisopname tevens de cijfers over vaccineffectiviteit tegen infectie te vermelden?

#### Antwoord

De vaccineffectiviteit tegen infectie wordt berekend op basis van teststraatdata. Hierin is de vaccinatiestatus van de geteste persoon zelf-gerapporteerd. In de data is de belangrijkste beperking dat we voldoende niet-confirmatietesten nodig hebben. Afhankelijk van hoe het testlandschap gaat veranderen (bijvoorbeeld als het aantal testen sterk afneemt) in de komende periode, kan de vaccineffectiviteit tegen infectie uitgerekend worden.

Vaccineffectiviteit tegen transmissie is gebaseerd op data uit bron- en contactonderzoek (BCO). Het BCO is bij de GGD'en sinds de komst van de omikronvariant (begin februari) stopgezet in verband met de overvloed aan infecties die deze periode ontstond. Hierdoor is het niet mogelijk om de analyse waarin de vaccineffectiviteit tegen transmissie wordt berekend uit te voeren.

<sup>36</sup> <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-in-het-eerste-jaar-van-de-coronapandemie>.

<sup>37</sup> <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2022/02/14/mentale-gevolgen-van-de-coronapandemie-eeen-eerste-inventarisatie>.

#### Vraag 17

In het antwoord op vraag 35 onderschrijft u de in die vraag vervatte stellingen van professor Kroes. Op laatste deelvraag «Is het kabinet bereid om het RIVM op te dragen om de onderliggende data die het bij de modellering hanteert ter beschikking te stellen aan externe experts» wordt echter geen antwoord gegeven. U schrijft dat «de uitgangspunten, vooronderstellingen en gebruikte methodiek (...) openbaar» zijn. De ingevoerde data zijn dat echter niet.

#### Vraag 17a

Deelt u het oordeel van de leden van de PvdD dat de «uitdaging» waarover prof. Kroes het had, pas adequaat kan geschieden als de externe experts beschikken over alle aan de modellers ter beschikking staande data, dus ook de in de modellen ingevoerde data?

#### Antwoord

Alle data die het RIVM mag delen, worden gedeeld. Het RIVM mag geen tot een persoon herleidbare data openbaar maken. De uitleg over de bronnen en gegevens die in de modellen gebruikt worden is in extenso beschreven in «Beschrijving transmissiemodel berekening zorgbelasting».<sup>38</sup>

Enkelvoudige en geaggregeerde data die in de modellen gebruikt worden, worden sinds maart 2020 dagelijks op de website van het RIVM als open data gepubliceerd voor 19 items in 2 technische formats en in een metadata-bestand.<sup>39</sup> De tot een persoon herleidbare onderdelen zijn uit deze bestanden verwijderd omdat de Wet Openbaarmaking dit verbiedt.

#### Vraag 17b

Bent u bereid om experts toegang te geven tot de data die het RIVM invoert?

#### Antwoord

Zoals bij het antwoord op de vorige vraag aangegeven, zijn gegevens openbaar te raadplegen, zij het dat sommige gegevens door wettelijke beperking geanonimiseerd of geaggregeerd gepubliceerd worden. Experts die toegang willen tot de niet-geanonimiseerde of geaggregeerde gegevens kunnen daarvoor een aanvraag indienen bij de eigenaar van die gegevens.

#### Vraag 18

In het antwoord op vraag 36 geeft u aan dat u advisering door de Begeleidingscommissie DOBC «in deze fase niet meer noodzakelijk acht».

#### Vraag 18a

Hoe verhoudt zich dat tot het feit dat het kabinet de tijdelijke wet voor de CoronaMelder wenst te verlengen?

#### Antwoord

De Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning COVID-19 (DOBC) is – zoals beschreven in de beantwoording van de door uw fractie vermelde vraag – ten tijde van de realisatie van CoronaMelder ingesteld om de toenmalig Minister van VWS te adviseren over de technische ontwikkeling van de destijds nieuwe applicaties. Op dit moment is de focus verschoven naar het doorontwikkelen en in beheer nemen van de applicaties. Advies over de technische ontwikkeling van deze middelen acht ik niet meer noodzakelijk voor de bestrijding van COVID-19, maar CoronaMelder heeft

<sup>38</sup> <https://www.rivm.nl/documenten/beschrijving-transmissiemodelberekening-zorgbelasting>.

<sup>39</sup> Zie: <https://data.rivm.nl/covid-19/>.

mijns inziens als bronmaatregel nog altijd toegevoegde waarde in de bestrijding van COVID-19. De wens van het kabinet om de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 te verlengen, staat dus los van mijn besluit de Begeleidingscommissie DOBC te beëindigen.

Vraag 18b

Als er reden is om die tijdelijke wet te verlengen en er dus rekening mee wordt gehouden dat het belang van de CoronaMelder weer zal toenemen, waarom wordt dan de Begeleidingscommissie DOBC op voorhand al opgeheven? Welk belang verzet zich ertegen dat die commissie blijft bestaan gedurende de werking van de tijdelijke wet?

Antwoord

Zoals vermeld in het antwoord op het eerste deel van deze vraag, hangt het belang en voortbestaan van CoronaMelder niet samen met dat van de Begeleidingscommissie DOBC. Het advies van de Begeleidingscommissie DOBC was waardevol en heeft geholpen bij de technische ontwikkeling van de applicaties die worden ingezet bij de bestrijding van COVID-19. Ik blijf ook waarde hechten aan breed afgewogen advies over de doorontwikkeling, borging en het in beheer nemen van de applicaties. Ik heb er echter voor gekozen hiervoor voortaan een beroep te doen op andere reeds bestaande gremia, namelijk de Taskforce Digitale Ondersteuning COVID-19 en Taskforce Gedragswetenschappen. Mocht multidisciplinair en onafhankelijk advies nodig blijken zal ik me tot hen wenden.