

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1554**

**LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 23 november 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 14 september 2021 inzake het langere termijn coronabeleid (Kamerstuk 25 295, nr. 1422).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 22 november 2021. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

1.

Waarom is een vaccinatie een jaar geldig als het gaat om een coronatoegangsbewijs (CTB), en waarom is herstel maar 180 dagen geldig?

Het vaccinatiebewijs heeft voornamelijk geen eindige geldigheidsduur. Of een maximale geldigheidsduur in verband met afnemende werking van de vaccinatie in de loop van de tijd nodig is, zo ja hoe lang deze wordt en voor wie deze gaat gelden, is nog niet bepaald. In het laatste (127<sup>e</sup>) OMT advies<sup>1</sup> is positief geadviseerd over een verlenging van het herstelbewijs van 180 dagen naar een jaar. Zoals in de stand van zaken brief aan uw Kamer van 3 november 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1468) is aangegeven wordt dit advies overgenomen.

2.

Wanneer is er meer duidelijk over de serologische testen?

Serologische testen worden gebruikt om immuniteit na infecties aan te tonen. Zo kunnen deze testen een indicatie geven of iemand een SARS-CoV-2-infectie heeft doorgemaakt. De vraag is of serologische testen ook kunnen dienen voor een coronatoegangsbewijs (CTB), als bewijs van immuniteit. Immers een herstelbewijs wordt uitgeleverd na een doorgemaakte infectie, als deze bewezen is met een positieve PCR of antigeen test. Het OMT adviseert echter negatief in haar laatste (127<sup>e</sup>) advies<sup>2</sup> op inzet serologie voor een CTB. Het kabinet heeft besloten om het OMT te volgen in het negatieve advies op de inzet van serologische testen voor het CTB. Ik verwijs voor dit besluit naar de stand van zaken brief aan uw Kamer van 3 november 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1468). Wel ga ik wetenschappers vragen welke inspanningen nodig zijn om tot een zekerder onderbouwing te komen om de uitslag van een serologische test al dan niet in te zetten voor een herstelbewijs. Mocht de stand van de wetenschap veranderen, dan zal ik mij opnieuw beraden.

3.

Verwacht u dat COVID-19 een endemisch karakter zal krijgen? Is het een doelstelling dit te voorkomen?

Het kan niet anders dan dat COVID-19 een endemisch karakter zal krijgen. Bij een infectieziekte zijn er een aantal mogelijke opties. Een nieuwe ziekte begint, afhankelijk van de immuniteit die er is door soortgelijke ziekten, met grote of kleine uitbraken, tot zelfs een wereldwijde pandemie. We kunnen in reactie op een ziekte er wereldwijd voor kiezen de ziekteverwekker uit te roeien (eradiceren, dat is zelfs bij pokken niet gelukt, het virus is nog aanwezig in een aantal zeer goed beveiligde laboratoria). De ziekte kan wereldwijd worden geëlimineerd (dat is met pokken gelukt, en met polio zijn we een heel eind op de goede weg) of lokaal geëlimineerd (zoals met mazelen). Voor de meeste infectieziekten geldt echter dat we moeten leren leven met het pathogeen, en dat noemen we dan de endemische fase.

Ook Nieuw-Zeeland, een land dat lang geprobeerd heeft de ziekte lokaal te elimineren, heeft inmiddels geaccepteerd dat het onontkoombaar is dat COVID-19 ook daar endemisch wordt. Gezien de wereldwijde verspreiding van COVID-19 is het voorkomen van een endemisch karakter voor Nederland geen haalbare doelstelling.

4.

Welke ruimte biedt de Wet publieke gezondheid voor passende maatregelen tegen corona, als corona in de endemische fase komt?

<sup>1</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1464

<sup>2</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1464

Per definitie betekent de endemische fase dat de ziekte «zonder ingrijpende maatregelen» op of onder een acceptabel niveau blijft. De Wet publieke gezondheid biedt voldoende ruimte voor dergelijke maatregelen. Daarnaast zijn er veel maatregelen mogelijk zonder bestuurlijk ingrijpen op basis van de Wet publieke gezondheid. Vaccinatie blijft vanzelfsprekend mogelijk, communicatie over mogelijkheden die mensen zelf hebben om besmetting te voorkomen, adviezen over gebruik van mondkapjes, thuis blijven bij klachten, testen, al deze maatregelen kunnen ook in de endemische fase ingezet worden. Zie ook antwoord op vraag 6.

5.

Hoe vaak verwacht u de Tijdelijk wet maatregelen COVID-19 nog te verlengen?

De Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) is bij besluit van 16 augustus 2021 voor een derde keer verlengd. De Goedkeuringswet derde verlenging geldingsduur Twm covid-19 ligt nu voor bij de Eerste Kamer ter behandeling. Gelet op het 127e OMT advies heeft het kabinet de voorbereiding van een vierde verlenging ter hand genomen. U bent in voortgangsbrief van 2 november jl. geïnformeerd over de inhoud van de vierde verlenging. Op dit moment is het nog niet mogelijk om aan te geven of een vijfde verlenging van de Twm ook nodig zal zijn voor de bestrijding van de epidemie van het SARS-CoV-2 virus of de directe dreiging daarvan. Zoals toegezegd tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 in verband met regeling van het vereiste van goedkeuring bij wet van een koninklijk besluit tot verlenging als bedoeld in artikel VIII, derde lid, van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 wordt u voor het kerstreces geïnformeerd over hoe omgegaan zal worden met de regelgeving voor de bestrijding van de epidemie van covid-19 of de directe dreiging daarvan.

6.

Wanneer wordt verwacht dat de coronapandemie in de endemische fase komt?

Zoals in het antwoord op vraag 4 aangegeven wordt een ziekte endemisch als deze zonder ingrijpende maatregelen op of onder een acceptabel niveau blijft. Wat «zonder ingrijpende maatregelen» en «acceptabel» is, is plaats-, tijd- en ziekte-afhankelijk. Het is dus aan ons om expliciet te maken wat wij ingrijpende maatregelen vinden maar vooral ook wat wij een acceptabel niveau vinden.

Als een ziekte heel erg is, dan is een acceptabel niveau heel laag. Hondsdolheid is bijvoorbeeld endemisch onder bepaalde soorten zoogdieren in Europa maar als er maar één persoon met hondsdolheid is, grijpen de gezondheidsautoriteiten direct in. Als een ziekte niet al te erg is, is een acceptabel niveau heel hoog, zo is een groot deel van de volwassenen besmet met het virus dat een koortslip veroorzaakt maar is de enige ingreep vanuit volksgezondheid op dit punt de waarschuwing om met een koortslip uit de buurt van pasgeborenen te blijven.

Wij moeten dus kiezen wanneer we COVID-19 endemisch vinden en daarmee het voorkomen blijvend monitoren en ingrijpen als we boven dat acceptabele niveau dreigen te komen. Influenza wordt bijvoorbeeld ook voortdurend gemonitord, de overheid biedt vaccinatie aan aan risicogroepen, werkgevers bieden vaccinatie aan aan hun werknemers. Er wordt dus veel tijd, energie en geld gestoken in beleid om influenza onder een bepaald, acceptabel, niveau te houden.

De huidige gezondheidsschade en druk op de zorg die door COVID-19 wordt veroorzaakt vinden we niet acceptabel.

Pas nadat we een langere periode inzicht hebben in de ervaringen van het virus, de invloed op de belasting van de zorg en de bescherming van de

kwetsbaren en instrumenten die nodig zijn om de oplevingen te beheersen is er sprake van een endemische fase. Het is nu nog niet te bepalen wanneer het zover is.

7.

Op welke manier wordt het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» gebruikt voor de beleidsvorming voor de endemische fase?

Zie het antwoord onder vraag 76.

8.

Hoe zet u zich in voor de aankoop en toepassing van antivirale medicijnen, die ook thuis toe te dienen zijn?

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport neemt deel aan de gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie (EC) voor de antivirale middelen die kunnen worden ingezet in de vroege fase van de besmetting. Voor de middelen van Pfizer en MSD heeft VWS een reservering geplaatst. De middelen kunnen worden ingezet als het Europees Medicijn agentschap (EMA) een handelsvergunning heeft afgegeven.

Tevens faciliteert VWS gesprekken tussen de beroepsorganisaties, het RIVM en de GGD om soepele implementatie van deze nieuwe middelen te borgen.

9.

Welke rol heeft testen in de endemische fase?

Zoals in het antwoord op vraag 4 en 6 aangegeven wordt een ziekte endemisch als deze zonder ingrijpende maatregelen op of onder een acceptabel niveau blijft. Wat «zonder ingrijpende maatregelen» en «acceptabel» is, is plaats, tijd en ziekte afhankelijk. Het is dus aan ons om expliciet te maken wat wij ingrijpende maatregelen vinden maar vooral ook wat wij een acceptabel niveau vinden.

Pas nadat we een langere periode inzicht hebben in de oplevingen van het virus, de invloed op de belasting van de zorg en de bescherming van de kwetsbaren en instrumenten die nodig zijn om de oplevingen te beheersen is er sprake van een endemische fase. Het is nu nog niet te bepalen wanneer het zover is.

In de «Aanpak najaar» die ik op 14 september jl. aan uw Kamer heb aangeboden wordt aan de hand van scenario's geschetst hoe de endemische fase en de overgangperiode daarnaartoe eruit kunnen zien en welk instrumentarium daarbij nodig kan zijn. Aangezien het verloop van de corona epidemie tot nu toe grillig is, is lastig exact te voorspellen wanneer de endemische fase aanbreekt. In de «Aanpak najaar» die ik op 14 september aan uw Kamer heb aangeboden (verwijzing naar brief opnemen) wordt uitgegaan van een endemische situatie wanneer er sprake is van een beheersbaar virus, lage, tot geen, druk op de zorg en bestrijding plaatsvindt door reguliere infectieziektebestrijding.

Wat de testcapaciteit voor de endemische fase betreft zou dit kunnen betekenen dat volstaan kan worden met zaken als kiem-surveillance van virusvarianten, rioolwatermonitoring, nivelepeilstations en zelftesten, maar het is ook voorstelbaar dat een bepaalde basis testcapaciteit nodig blijft. Ook kan het testen van reizigers uit hoog risico gebieden periodiek noodzakelijk zijn. Dat is nu nog niet met zekerheid te stellen.

10.

Is de brede inzet van coronatoegangsbewijzen nog nodig in de endemische fase?

In de aanpak najaar hebben we 3 verschillende scenario's uitgewerkt: een scenario waarin het virus endemisch voorkomt in de samenleving; een scenario waarin we te maken krijgen met oplevingen van het virus en een scenario waarin het virus zich onttrekt aan de opgebouwde immuniteit. Het scenario waarin we oplevingen kennen van het virus wordt het meest reëel geacht. Voor dit scenario zijn drie niveaus uitgewerkt (waakzaam; zorgelijk; ernstig) met bijhorende maatregelen. Bij al deze drie niveaus in scenario «oplevingen» is een variant van inzet van ctb's voorzien. De inzet van ctb's is dus niet voorzien in het endemische scenario.

11.

Op welke manier betreft u de zorgsector bij de keuzes voor de toekomstige zorgcapaciteit in de endemische fase?

Er wordt continue intensief gesproken met het veld over zorgcapaciteit. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft onlangs samen met vele zorgpartijen het Opschalingsplan Covid-19 geëvalueerd en geactualiseerd. Het Opschalingsplan bevat de afspraken die nodig zijn voor het creëren van voldoende zorgcapaciteit voor deze winter en eventuele volgende pieken van Covid-19-patiënten in de ziekenhuizen. Het LNAZ heeft aangegeven op te kunnen schalen tot maximaal 1350 IC-bedden en niet verder. De belangrijkste oorzaak is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen alsnog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen.

Het kabinet werkt ook aan bouwstenen om met de vraagstukken aan de slag te gaan rondom de crisisbestendigheid en robuustheid van het zorglandschap op de langere termijn. We moeten daarvoor de geleerde lessen ophalen en uitwerken, met betrokken partijen. We moeten daarbij niet alleen rekening houden met de vraagstukken die leven in de huidige crisis, zoals de grote vraag naar IC-capaciteit, maar vooral ook mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken. Hierbij zal naar verschillende scenario's worden gekeken. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

12.

Hoe schat u de rol van goede toegankelijkheid van vaccins wereldwijd in voor de bestrijding van de pandemie en welke rol ziet u voor uzelf hierin?

Een eerlijke wereldwijde verdeling van coronavaccins is van groot belang, vanuit moreel, gezondheidskundig en sociaaleconomisch perspectief. Een hoge vaccinatiegraad is wereldwijd nodig om nieuwe uitbraken van het virus terug te dringen en de opkomst van nieuwe virusvarianten zoveel mogelijk te voorkomen. Dit is ook in het belang van het mondiaal economisch herstel van de COVID-19-crisis, omdat langzamer herstel in andere landen als gevolg van beperkte vaccinaties negatieve spillovers heeft via externe vraag-en- aanbodbeperkingen. Bovendien vergroot het wereldwijd verspreid circuleren van het virus de kans dat dit leidt tot (mogelijk meer resistente) mutaties, met gevolgen voor alle landen ongeacht hun vaccinatiegraad.

Ook de sociaaleconomische kosten van het achterblijven van de vaccinatiegraad in lage en middeninkomenslanden zijn groot. Nederland voelt het

als een verantwoordelijkheid om bij te dragen aan het bestrijden van de wereldwijde crisis. Daarom heeft Nederland financieel bijgedragen aan ACT-A en COVAX, en doneert Nederland minstens zo veel vaccins als het zelf gebruikt («Get one – Give one»). Ook heeft Nederland bij de inkoop van vaccins altijd aangegeven de inkoopkracht van de EU te zullen benutten om extra doses in te kopen voor donatie. Zoals ik u meldde op 30 september 2021<sup>3</sup> is Nederland voornemens om in 2021 ruim 27 miljoen vaccins te doneren (waarvan 22 miljoen aan COVAX).

13.

Welke structurele extra belasting op de zorg is te verwachten als 100%, 90% en 80% van de bevolking is gevaccineerd?

Het is niet mogelijk om exact aan te geven welke structurele extra belasting op de zorg te verwachten is als 100%, 90% en 80% van de bevolking is gevaccineerd. Dit is namelijk afhankelijk van factoren zoals de werkzaamheid van vaccinatie (tegen onder andere besmetting, ziekte, transmissie, ziekenhuis- en IC-opname), non-respons bij gevaccineerden en ander onderliggend lijden met ziekenhuisopname tot gevolg.

Op basis van de beschikbare informatie maakt het OMT periodiek een inschatting van het aantal COVID-19-patienten dat mogelijk nog in een ziekenhuis dan wel op de IC terecht kan komen.

Het OMT (129<sup>e</sup>) geeft hierbij het volgende aan. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, komen we op een orde van grootte van 1,5 miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Deze groep omvat zowel niet-gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, als gevaccineerden waarbij het vaccin niet werkt. Dit aantal zal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

De orde van grootte van nog cumulatief te verwachten aantallen ziekenhuisopnames en IC-opnames is geschat op basis van informatie die nu (november) beschikbaar is over de vaccineffectiviteit tegen infectie en tegen ziekenhuisopname en IC-opname, en bij de huidige vaccinatiegraad en infectiehistorie. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, betreft het een orde van grootte van 15.000 à 20.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 3000–4000 IC-opnames. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie en na herinfectie, en afname van bescherming tegen ziekenhuisopname, betreft het een vergelijkbare orde van grootte: 20.000 à 25.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 4000–5000 IC-opnames. Bovenstaande zijn cumulatieve aantallen die de omvang aangeven van de totaal nog te verwachten ziekenhuis- en IC-opnames in de toekomst. Deze opnames hoeven zich niet noodzakelijk te presenteren tijdens deze golf, maar kunnen ook later plaatsvinden (Bron: 129<sup>e</sup> OMT).

14.

Wat verstaat u onder «leren leven met» corona?

Met de versoepelingen van 25 september jl. verschoof de kern van de campagne «Alleen samen» van «corona onder controle krijgen» naar «samen leven met het virus». Onder «samen leven met het virus» verstaan we onder andere wat je zelf kan doen om te voorkomen dat je

<sup>3</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1461

het virus verspreidt, het creëren van wederzijds begrip en het belang dat mensen die kwetsbaar zijn mee kunnen doen in de samenleving.

15.

Welke mogelijkheden zijn er om risico's op besmettingen op de langere termijn beperkt te houden op plekken met hogere besmettingskans, zoals scholen?

Om de risico's op besmettingen beperkt te houden is de beste oplossing een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Daarnaast is het opvolgen van de basisregels van groot belang. Het kabinet blijft hieraan werken. In de situatie dat de vaccinatiegraad hoog is, maar aanvullende maatregelen nog nodig zijn, zet het kabinet in op verschillende soort maatregelen die zijn opgenomen in de Aanpak najaar. Een belangrijke rol speelt daarbij het coronatoegangsbewijs. Naast de mogelijkheden die nu wettelijk mogelijk zijn heeft het kabinet een uitbreiding van dit instrument in voorbereiding. Voor het onderwijs geldt dat personeel in het primair onderwijs (po) en personeel, leerlingen en studenten in vo, mbo en ho geadviseerd wordt om tweemaal per week preventief een zelftest te gebruiken. Voor het mbo en ho heeft het kabinet het gebruik van coronatoegangsbewijzen in voorbereiding. Bij het treffen van de maatregelen wordt op deze manier zoveel mogelijk aangesloten bij het risicoprofiel van de sector, teneinde de maatregelen zo proportioneel mogelijk te laten zijn.

16.

Hoe neemt u beleid in andere landen mee in het langetermijnbeleid?

In deze pandemie worden alle landen geconfronteerd met de gevolgen die het coronavirus teweeg brengt. Andere landen maken daartoe, net als Nederland, bepaalde keuzes en beleid hoe om te gaan met het virus en de gevolgen daarvan. Nederland kijkt daarbij naar het buitenland in het kader van de monitoring van de epidemie en het opkomen van bijvoorbeeld eventuele mutaties van het coronavirus. Immers, ontwikkelingen in het buitenland kunnen direct effect hebben op het verloop van de epidemie in Nederland. Wij geven rekenschap aan de opkomst van mutaties, alsook de introductie van het virus door terugkerende reizigers en hebben deze twee factoren dan ook opgenomen in het overzicht van bepalende factoren voor de komende tijd in de Aanpak Najaar. In deze Aanpak Najaar schetsen we welke scenario's de komende tijd zich af zouden kunnen spelen, en welke maatregelen we in willen zetten bij het scenario dat we het meest reëel achten. Nederland kijkt echter ook naar het gevoerde beleid en wat wij daarvan kunnen leren, dan wel toe kunnen passen; Ik ga ook regelmatig met Europese collega's in gesprek over problemen waar we tegenaan lopen en oplossingen. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat niet alle goede voorbeelden een-op-een overgenomen kunnen worden, daar de lokale context zoals de inrichting van het gezondheidszorgstelsel, maar ook geografische omstandigheden, of de opbouw van de bevolking, anders zijn. Dit zorgt ervoor dat beleidsoplossingen en het langetermijnbeleid per land kunnen verschillen.

17.

Welke maatregelen voor de bestrijding van het coronavirus gelden nu in landen die op Nederland lijken?

De maatregelen die gelden in de verschillende EU landen zijn divers. Het toegepaste instrumentarium lijkt uiteraard op de maatregelen die wij ook treffen, maar er zijn ook verschillen. We zien dat een aantal landen verder is met het gebruik van coronatoegangsbewijzen. Zo heeft een aantal landen een 2G beleid ingevoerd en zijn in een aantal landen bepaalde werknemers verplicht een coronatoegangsbewijs te tonen. Het nationale

gebruik van een coronatoegangsbewijs zien we in veel Europese landen waarbij naleving en controle daarvan veelal strenger is.

18.

Zijn er andere landen die al langetermijnplannen hebben en welke keuzes maken deze landen?

We zien dat landen om ons heen, net als Nederland, plannen maken om op de lange termijn om te gaan met COVID en de restricties daar omheen. Daarbij wordt vooral benadrukt dat het bereiken van een hoge vaccinatiegraad essentieel is. Een ander belangrijk element dat veelvuldig naar voren wordt gebracht voor de (middel)lange termijn is de manier waarop er gereisd kan worden. Voorts is het belang van pandemic preparedness een belangrijk onderdeel van vele lange termijn visies, ontwikkeld mede vanwege de huidige pandemie.

19.

Hoelang zullen de vaccinaties die het afgelopen jaar gezet zijn ons beschermen?

Het is op dit moment onbekend hoe lang de vaccins bescherming zullen geven. Uit de meest recente analyses van het RIVM komt naar voren dat de vaccineffectiviteit tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopnames vooralsnog hoog is. Het RIVM houdt de vaccineffectiviteit nauwlettend in de gaten. Op dit moment is er alleen bij ouderen een lichte afname in effectiviteit waargenomen. Dit is dan ook de reden waarom, op advies van de Gezondheidsraad, uit voorzorg wordt gestart met het aanbieden van boostervaccinatie aan de oudste leeftijdsgroepen.

20.

Hoe wordt er onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit en nut en noodzaak van coronavaccinaties als blijkt dat deze structureel terugkomen in Nederland? Wie gaat dergelijk onderzoek doen en wordt dat al in gang gezet?

De Gezondheidsraad adviseert over kosteneffectiviteit van vaccinaties en weegt deze mee in zijn adviezen over het al dan niet aanbieden van vaccinaties aan de Nederlandse bevolking. Of vaccinatie kosteneffectief is of niet, is sterk afhankelijk van de manier waarop het zorgstelsel en het vaccinatieprogramma is ingericht en uiteraard van de vaccinatiekosten. Er is geen formele grens voor wat een vaccinatie mag kosten. Vaak wordt voor preventieve interventies een Incremental Cost Effective Ratio (ICER) van 20.000 euro per QALY (quality-adjusted life year, een gewonnen levensjaar in goede gezondheid) als referentiewaarde aangehouden. Kost een interventie in verhouding tot de huidige situatie meer, dan wordt de interventie als niet kosteneffectief beschouwd. Dit wil nog niet zeggen dat een interventie dan niet aangeboden kan worden, maar dit aspect weegt wel mee in de besluitvorming. Ik heb de Gezondheidsraad om advies gevraagd naar de vaccinatiestrategie op de (middel)lange termijn; de kosteneffectiviteit zal in dit advies worden meegenomen.

21.

Zal het nodig zijn om elk jaar een boostervaccin aan kwetsbare groepen te geven, zoals nu gebeurt?

Dat is onder andere afhankelijk van de opkomst van nieuwe virusvarianten. Op 2 november jl. adviseerde de Gezondheidsraad te starten met het geven van boostervaccinaties aan mensen van 60 jaar en ouder en mensen van 18 jaar en ouder in zorginstellingen. Ten aanzien van zorgpersoneel heeft de Gezondheidsraad laten weten dat er maatschappe-



lijke overwegingen kunnen zijn om deze groep een boostervaccinatie aan te bieden. Dit advies heb ik overgenomen. Zoals ik in mijn Kamerbrief van 18 juni jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1297) heb aangegeven heb ik de Gezondheidsraad en het OMT verzocht op basis van de huidige inzichten, waar mogelijk, al te adviseren over de vaccinatiestrategie op de middel-lange termijn (vanaf 2022). De vraag voor welke groepen een structureel vaccinatieprogramma nodig zou zijn, wordt daarbij betrokken.

22.

Zal het nodig zijn om de nu geïdentificeerde kwetsbare groepen die een boostervaccin krijgen, te vergroten (met bijvoorbeeld ook ouderen)?

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen een boostervaccin en een derde prik. De groep immuungecompromitteerde patiënten die momenteel een extra dosis vaccin krijgen, krijgen deze omdat zij vermoedelijk na twee doses niet voldoende immuniteit kunnen opbouwen. Boostervaccins zijn bedoeld om de immuniteit na een eventuele afname van afweerstoffen weer te verhogen. Zoals ik ook in mijn brief van 2 november jl. heb aangegeven heeft de Gezondheidsraad geadviseerd te starten met een boostervaccinatie voor mensen vanaf 60 jaar en bewoners van zorginstellingen vanaf 18 jaar om een toename van ernstige ziekte voor te zijn. Ik heb dit advies overgenomen. Daarnaast zal ook het zorgpersoneel met direct patiëntcontact een boostervaccinatie aangeboden krijgen, om de zorgcapaciteit zo veel mogelijk in stand te houden en uitval door ziekte onder zorgmedewerkers te beperken.

23.

Is het op termijn nodig om de overige bevolking ook boostervaccins te geven?

Zoals ik in mijn brief van 2 november jl. heb aangegeven komen, nadat de groepen aan wie de boostervaccinatie nu als eerste wordt aangeboden, ook de mensen onder de 60 jaar aan de beurt. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat er op dit moment nog geen medische noodzaak is voor een boostervaccinatie voor mensen jonger dan 60 jaar. De vaccins beschermen nog steeds zeer goed tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopnames. Het RIVM houdt de vaccineffectiviteit nauwlettend in de gaten.

24.

Blijft de overheid bepalen wie gevaccineerd mag worden met een boostervaccin, of mag de bevolking dat zelf bepalen?

Vooralsnog zijn COVID-19-vaccins alleen beschikbaar via het door de overheid aangeboden vaccinatieprogramma. Bij de inzet van vaccins voor specifieke doelgroepen baseert het kabinet zich op de adviezen van de Gezondheidsraad. Mensen met het hoogste risico op ziekte en sterfte door COVID-19, te weten mensen ouder dan 60 jaar en mensen in zorginstellingen ouder dan 18 jaar, komen volgens advies van de Gezondheidsraad als eerste in aanmerking voor een boostervaccinatie. Ook aan zorgpersoneel met patiëntencontact wordt op zeer korte termijn een booster aangeboden. Daarnaast heb ik de Gezondheidsraad gevraagd met spoed te adviseren over een boostervaccinatie voor alle mensen die gevaccineerd zijn met het Janssen-vaccin of het AstraZeneca-vaccin. Ik heb gevraagd op welke termijn zij een eventuele boostervaccinatie zouden moeten ontvangen. Ook de overige mensen jonger dan 60 jaar krijgen de mogelijkheid een boostervaccinatie te krijgen. Dus mensen krijgen allemaal de keuze, maar we starten met de groepen waarvoor nut en noodzaak het grootst is.

25.

Als een persoon wordt uitgenodigd voor een boostervaccin, is deze persoon dan ook pas volledig gevaccineerd naar drie prikken? Krijgt men dan een werkende QR-code na drie prikken? Hoe ziet dat eruit op de lange termijn?

Een boostervaccinatie maakt op dit moment geen deel uit van een volledige vaccinatiecycle. Iemand die volledig is gevaccineerd, met of zonder booster, behoudt een Corona Toegangsbewijs (CTB) of Digitaal Corona Certificaat (DCC), en dus een werkende QR-code. Of dat op de lange termijn zo blijft, hangt af van de dan geldende medische inzichten en wat betreft het DCC de afspraken in Europees verband. Nederland pleit er in Europees verband voor dat een boostervaccinatie geen voorwaarde moet zijn voor inreizen zolang hier geen medische aanleiding voor is.

26.

Kunt u toelichten of er een moment komt waarop definitief wordt gekozen om alleen oude of kwetsbare mensen elk jaar te vaccineren in plaats van de gehele bevolking?

In de «Aanpak najaar» die ik op 14 september jl. aan uw Kamer heb aangeboden wordt aan de hand van scenario's geschetst hoe de endemische fase en de overgangperiode daarna toe eruit kunnen zien en welk instrumentarium daarbij nodig kan zijn. Aangezien het verloop van de COVID-19-epidemie tot nu toe grillig is, is lastig exact te voorspellen wanneer de endemische fase aanbreekt. In de «Aanpak najaar» wordt uitgegaan van een endemische situatie wanneer er sprake is van een beheersbaar virus, lage, tot geen, druk op de zorg en bestrijding plaatsvindt door reguliere infectieziektebestrijding. De Gezondheidsraad zal adviseren over de vaccinatiestrategie in de endemische fase. Zoals ik in mijn Kamerbrief van 18 juni jl. heb aangegeven heb ik de Gezondheidsraad en het OMT verzocht op basis van de huidige inzichten, waar mogelijk, al te adviseren over de vaccinatiestrategie op de middellange termijn (vanaf 2022). De vraag voor welke groepen een structureel vaccinatieprogramma nodig zou zijn, wordt daarbij betrokken.

27.

Hoeveel invloed hebben farmaceutische bedrijven op ons vaccinatiebeleid? Als farmaceutische bedrijven zouden adviseren om iedereen in de bevolking elk jaar een coronavaccinatie te geven, handelt u dan daarnaar of wordt dat nader onderzocht?

De Gezondheidsraad adviseert over de inzet van vaccins die op de Europese markt worden toegelaten. Ik hecht veel waarde aan deze zorgvuldige en onafhankelijke wetenschappelijke advisering.

28.

Hoe wordt een toekomstige coronavaccinatiecampagne georganiseerd? Gebeurt dat via huisartsen, via GGD'en, het Rijksvaccinatieprogramma, samen met de grieprik, etc.?

De organisatie van een vaccinatieprogramma is afhankelijk van meerdere factoren, die nu nog niet bekend zijn, zoals de potentiële doelgroep voor vaccinatie, de frequentie, waarop een vaccinatie gegeven moet worden, en of er sprake is van seizoensinvloeden. Omdat er op dit moment nog geen duidelijkheid is over dergelijke factoren (zie ook antwoord op vraag 26), is er nu nog geen uitsluitsel te geven over de organisatie van deze vaccinatie.

Bij een toekomstige coronavaccinatiecampagne wordt rekening gehouden met de lessen van het afgelopen jaar en met de verkenning van de Raad

voor Volksgezondheid en Samenleving naar het vaccinatiestelsel in Nederland.

29.

Wat wordt de rol van apothekers bij vaccinatiecampagnes, gezien ook de aangenomen motie van het lid Diertens (Kamerstuk 32 793, nr. 364)?

De motie waar in deze vraag aan gerefereerd wordt is van 14 september 2019. De kernvraag uit de motie is, het in kaart brengen hoe de apotheker beter betrokken kan worden in het vaccinatieproces kijkend naar de rol van apothekers in andere Europese landen. Dit betreft de rol van apothekers in het algemene vaccinatieproces. Uw Kamer wordt, conform toezegging in de brief van de Staatssecretaris van VWS<sup>4</sup> door het nieuwe kabinet over de rol van apothekers in het kader van vaccineren geïnformeerd, in samenhang met de beleidsreactie op de verkenning van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Tijdens het debat van 16 september jl. heb ik de heer Paternotte (D66) toegezegd na te gaan wat gesprekken met de apothekers hebben opgeleverd, in het licht van hun mogelijke bijdrage bij het verder verhogen van de vaccinatiegraad. Zoals bekend heb ik eerder aan GGD-GHOR Nederland gevraagd of zij de GGD-regio's kunnen vragen een pilot te starten, waarbij een prikbus van de GGD bij een apotheek geplaatst kan worden. Er start in november een pilot in drie apotheken in Friesland, waarbij de apotheek ingezet wordt als pop-up locatie voor de GGD om te vaccineren. De apotheek zal hier een rol nemen in de voorlichting aan mensen. Apothekers zijn in Nederland niet bevoegd om vaccins te plaatsen bij mensen. Dit is een voorbehouden handeling geregistreerd onder de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). De huisartsen worden geïnformeerd en kunnen patiënten doorverwijzen naar de betreffende locatie.

Tevens heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) aangegeven bereid te zijn via hun contacten informatie te verspreiden, vragen te beantwoorden en te verwijzen naar de GGD-vaccinatielocaties. Vooral apotheken in wijken met een achterblijvende vaccinatiegraad in de grote steden kunnen zo een bijdrage leveren aan het informeren van nog niet gevaccineerde mensen. Dit gebeurt al en vanaf maandag 8 november worden apotheken in wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft actief benaderd door KNMP. Dit gebeurt met behulp van informatiemateriaal zoals posters, flyers en informatie online en zo mogelijk via filmpjes op digitale schermen in wachtruimtes. Ook hebben apothekers en GGD'en contact over gezamenlijke inzet bij het verhogen van de vaccinatiegraad. Het gaat dan bijvoorbeeld om het inzetten van een prikbus bij een apotheek. Daarnaast ondersteunt het RIVM de GGD'en en zorgprofessionals met informatiemateriaal en deskundigheidsbevordering, zoals webinars, zodat professionals met ongevaccineerden het goede gesprek kunnen voeren over ervaren barrières.

De hulp van de apothekers is ook ingezet bij het vaccineren van bewoners van zorginstellingen in de langdurige zorg. De apothekers hebben zorginstellingen ondersteund bij het vaccineren. De zorginstellingen konden de hulp hierbij vragen van de eigen apotheek. Van dit aanbod is veel gebruik gemaakt.

30.

Hoe wordt de campagne voor de grieprik gecombineerd met een eventuele jaarlijkse coronavaccinatie?

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 547

Op dit moment is het onduidelijk, wanneer de endemische fase bereikt zal worden en of en hoe we ons op structurele basis moeten beschermen met een vaccin. Of er sprake zal zijn van het aanbieden van een COVID-vaccin, zoals het aanbieden van de jaarlijkse griepvaccinatie aan alle 60-plussers en medische risicogroepen via het Nationaal Programma Grieppreventie, is ook onduidelijk, maar wel een scenario waar we rekening mee houden. De Minister heeft ten aanzien van de COVID-vaccinatiestrategie op middellange termijn de Gezondheidsraad en het OMT gevraagd de meest waarschijnlijke toekomstige ontwikkelingen te beschrijven, rekening houdend met recente epidemiologische data, uitkomsten van modellering en nieuwe wetenschappelijke inzichten, op nationaal en internationaal niveau. Dan zal ook meer bekend worden over een eventuele samenhang met de griepvaccinatie. Over het advies van de Gezondheidsraad zal de Minister de Kamer op een later moment informeren.

31.

In hoeverre worden er plannen gemaakt die omschrijven hoe toekomstige vaccinatiecampagnes voor pandemieën vormgegeven dienen te worden?

Iedere vaccinatiecampagne is uniek, omdat de potentiële doelgroep kan verschillen en er meer of minder sprake kan zijn van schaarste van vaccins.

Op dit moment is een beleidsagenda op het gebied van pandemische paraatheid in voorbereiding. In de brief, die u hierover eind dit jaar ontvangt, zullen de eerste beleidslijnen worden voorgesteld. Deze agenda zal ook ingaan op het onderwerp vaccinaties bij pandemieën.

Uitgangspunt is beschikbaarheid en toegang tot pandemische vaccins te realiseren op een snelle, veilige en effectieve manier.

Ook is er een team vanuit VWS, het RIVM en GGD-GHOR onder leiding van een kwartiermaker bezig met een ambtelijke verkenning naar de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding. De Landelijke Functionaliteit wordt verantwoordelijk voor een centrale aansturing van de uitvoering bij toekomstige infectieziektecrises met landelijke impact. De verkenning moet leiden tot een advies over de inrichting en de positionering van de landelijke functionaliteit. Het is aan het nieuwe kabinet om een beslissing te nemen over het advies en de daadwerkelijke oprichting van een landelijke functionaliteit.

32.

Wat is de verklaring dat bij het Rijksvaccinatieprogramma de vaccinatiegraad gemiddeld 95 procent is, maar dit bij de coronavaccinatiecampagne veel lager ligt?

Hier zijn waarschijnlijk diverse redenen voor. Een belangrijke reden is dat het Rijksvaccinatieprogramma al lange tijd bestaat en een vertrouwd begrip is voor mensen. De meeste vaccinaties zijn gericht tegen ernstige levensbedreigende ziektebeelden die jonge kinderen kunnen treffen en dat maakt dat de meeste ouders kiezen voor deelname aan het programma. Daarnaast zijn ouders vaak zelf ook gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma en dat maakt de keuze vertrouwd en vanzelfsprekend. De meeste vaccinaties worden onder de leeftijd van 4 jaar op het consultatiebureau gegeven; dit is een plek waar veel ruimte voor een gesprek over vaccineren is. Ook zijn de professionals op het consultatiebureau een aanspreekpunt voor andere vragen rondom de opvoeding en zorg voor baby's en jonge kinderen. Dit draagt allemaal bij aan het draagvlak voor het Rijksvaccinatieprogramma. Bij de vaccinaties op latere leeftijd, bijvoorbeeld de tienvaccinaties, is de opkomst niet rond de 95% maar eerder rond de 80–85% voor de Meningokokken vaccinatie (bij 14 jaar) en rond de 63% voor de HPV vaccinatie (12–13 jaar). Zie verder ook het antwoord op de vragen 34 en 35.

33.

Wat zegt het lage coronavaccinatiepercentage over toekomstige vaccinatiecampagnes?

34.

Verwacht u dat de vaccinatiegraad ook lager gaat liggen bij toekomstige vaccinatiecampagnes? Zo ja, hoe wordt hier op geanticipeerd?

De vaccinatiegraad voor COVID-19 is op dit moment 84,4% volledige vaccinatie onder 18 jaar en ouder, en 82,4% volledige vaccinatie onder 12 jaar en ouder en stijgt iedere week nog licht. De opkomst in Nederland komt overeen met de opkomst in vergelijkbare landen in de wereld.<sup>5</sup> In het korte tijdbestek van de eerste prik op 6 januari 2021 tot vandaag de dag is dit een prestatie van formaat.

Een hoge vaccinatiegraad is meestal een van de doelen van een vaccinatiecampagne. Met een hoge vaccinatiegraad bereiken we meer gezondheidswinst. Bij besmettelijke ziekten zorgt vaccinatie zowel voor individuele bescherming als voor een vermindering van de verspreiding. Voor sommige ziekten worden specifieke doelen gesteld bijvoorbeeld in verband met eliminatie of belasting van de zorg.

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bestaat uit een aantal verschillende vaccinaties voor diverse doelgroepen, namelijk kinderen en zwangeren. De vaccinatiegraad verschilt per vaccin, voor baby's ligt de vaccinatiegraad (alle vaccins op tijd gehaald) in 2020 op 90,8%, maar voor individuele vaccins is dat rond de 93%. Voor kleuters, basisschoolkinderen en tienermeiden liggen de percentages weer wat anders, afhankelijk van het vaccin.<sup>6</sup> Ter indicatie: het doel van de vaccinatie tegen mazelen is de ziekte te elimineren, een streefwaarde van 95% hoort daar bij. En de HPV-vaccinatie dient ter preventie tegen kankersoorten en is recent gestegen naar 63%. Onze inzet blijft er op gericht dit percentage verder te laten stijgen. Omdat het RVP uit verschillende vaccinaties voor verschillende doelgroepen bestaat, zijn deze moeilijk met elkaar te vergelijken.

De COVID-19-vaccinatiecampagne ziet op de hele populatie. Het doel van de COVID-19 vaccinatie is bescherming van mensen tegen ernstige ziekte en sterfte als gevolg van COVID-19. Daarvoor is het belangrijk dat de COVID-19-vaccinatiegraad zo hoog en zo homogeen mogelijk is. Ook vanwege de opkomst van besmettelijkere varianten van het virus, zoals de deltavariant. Gedragsonderzoek van het RIVM laat zien dat 91% van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder een COVID-19-vaccinatie wil of al heeft gehad.<sup>7</sup> In werkelijkheid is de vaccinatiebereidheid waarschijnlijk iets lager omdat bepaalde groepen niet goed vertegenwoordigd zijn in het onderzoek. In onze aanpak is er dan ook speciale aandacht voor subgroepen waar de vaccinatiegraad achterblijft. Redenen waarom mensen (nog) geen vaccinatie halen zijn:

- zorgen over veiligheid van vaccinaties (onbekende lange termijn bijwerkingen, te snelle ontwikkeling, nieuwe technieken zoals mRNA).
- Vertrouwen in eigen lichaam of lage risicoperceptie covid-19 (kleine kans op ernstige ziekte door covid-19).
- Weinig vertrouwen in de (goede bedoelingen van de) overheid en/of farmaceutische bedrijven.

Daarnaast spelen er vaak verschillende onderliggende barrières in meer of mindere mate een rol in vaccinatiekeuzes, zoals religieuze overwegingen, sociale normen, beperkte toegang tot informatie of zorg.

Het RVP is een reeds langlopend programma waar, dankzij de inzet van vele zorgorganisaties (jeugdartsen, huisartsen, GGD, gemeenten), de

<sup>5</sup> <https://coronavirus.jhu.edu/vaccines/international>

<sup>6</sup> <https://www.rivm.nl/publicaties/national-immunisation-programme-in-netherlands-surveillance-and-developments-in-2019>

<sup>7</sup> Vaccinaties | Coronadashboard | Rijksoverheid.nl

vaccinatiegraad met de jaren is opgelopen. De meeste mensen zien RVP vaccinaties dan ook als «standaard». De COVID-19-vaccinatie wijkt af van deze reguliere vaccinatie campagne vanwege de snelheid en massaliteit van de campagne en de doelgroep (iedereen van 12 jaar en ouder). Dit is noodzakelijk om zo snel als mogelijk mensen bescherming te bieden tegen het virus, een acceptabele belasting van de zorg te realiseren en de maatschappij open te krijgen en houden. Het is nu nog te vroeg uitspraken te doen over het verloop van toekomstige COVID-19-vaccinatiecampagnes. Dit is van vele factoren afhankelijk, zoals de duur en hoogte van bescherming en eventuele verschillen tussen diverse bevolkingsgroepen. Het RIVM monitort de effectiviteit van vaccins en effectiviteit van de vaccinatie campagne. Met de GGD'en en mijn ministerie worden ervaringen en geleerde lessen ingezet voor toekomstige vaccinatiecampagnes.

De Staatssecretaris heeft in november 2018<sup>8</sup> uw Kamer geïnformeerd over zijn actieplan om de vaccinatiegraad van de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma te verhogen en deze strategie is onverminderd van kracht. Waar nodig wordt deze strategie aangepast en herijkt op basis van de geleerde lessen van de coronavaccinatie.

Het ligt niet in de lijn der verwachting dat de vaccinatiegraad bij andere campagnes lager zal liggen. De vaccinatiegraad van de vaccinaties in het Rijksvaccinatieprogramma is sinds twee jaar juist weer aan het stijgen, zoals ook in juli 2021 geschetst in de brief van de Staatssecretaris van VWS<sup>9</sup>. Desondanks is en blijft inzet nodig om deze vaccinatiegraad ook hoog te houden. Deze inzet richt zich onder andere op goede informatievoorziening, de aanpak van desinformatie, aandacht voor vaccinatie in het onderwijs en ruimte voor het gesprek bij twijfel over vaccinatie. Deze aanpak is door de Staatssecretaris geschetst in zijn voortgangsbrieven in het kader van «Verder met vaccineren».<sup>10</sup>

35.

Hoeveel boostervaccins liggen klaar om mensen te kunnen vaccineren als blijkt dat de bescherming van de eerste ronde vaccins aanzienlijk is gedaald? Is er genoeg aangeschaft voor 2022?

Nederland heeft met de Europese partners voldoende vaccins ingekocht om alle Nederlanders boven de 12 (nogmaals) te kunnen vaccineren. Hiertoe zijn o.a. 35 miljoen doses BionTech/Pfizer ingekocht, welke vanaf december 2021 geleverd gaan worden. Hiernaast zal een deel van de voor 2021 aangekochte vaccins van o.a. Moderna pas in 2022 geleverd worden. Ook deze zijn indien gewenst beschikbaar voor onze response in 2022 en/of 2023.

36.

Hoeveel vaccins worden er de komende maanden geleverd en hoeveel worden er besteld voor de komende jaren?

Hierbij kan het best onderscheid gemaakt worden tussen de vaccins die Nederland nodig heeft voor een boostercampagne en de vaccins die we zullen doneren.

Nederland heeft zich qua donaties gecommitteerd aan het uitgangspunt om (voor nu) ten minste zoveel vaccins te doneren, als dat we er in 2021 zelf gebruiken («Get one – Give one»). Hiertoe doneren we alle doses van Janssen en AstraZeneca waar we nog recht op hebben, aan Covax. Dat

<sup>8</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 338

<sup>9</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 555

<sup>10</sup> Kamerstuk 32 793, nrs. 338 en 393  
Kamerstuk 32 793, nrs. 473 en 485  
Kamerstuk 32 793, nr. 539

geldt ook voor de doses Pfizer uit de eerste twee contracten met hen en drie miljoen doses Moderna.  
Ook doneren we bilateraal uit de in Nederland aanwezige voorraad aan o.a. Suriname en Indonesië. Deze aantallen tellen op tot ten minste 27 miljoen doses, waarmee we onze donatiedoelstelling halen. Voor het moment waarop Covax deze vaccins daadwerkelijk ontvangt, zijn we mede afhankelijk van de leveringen door de producenten.  
Hiernaast zorgen we ervoor dat we voldoende vaccins hebben voor een boostercampagne. Hiertoe hebben we deels al vaccins op voorraad liggen. Deze worden aangevuld met doses uit het contract met BionTech/Pfizer voor 2022/23 en met doses van Moderna en Novavax, die we nog in 2022 zullen ontvangen.

37.

Hoe wordt bepaald hoeveel coronavaccins er nodig zijn op de lange termijn?

We hebben hierbij vooral gekeken naar een mogelijke behoefte aan vaccins in 2022 en 2023. Hierbij zijn we uitgegaan van de mogelijkheid om de hele Nederlandse bevolking boven de 12 jaar, (nogmaals) volledig te kunnen vaccineren. Het aantal ingekochte vaccins voor 2022 en 2023 is voldoende om hierin te kunnen voorzien.

38.

Wat gebeurt er als uit onderzoek blijkt dat de Astrazeneca-vaccins of de Janssen-vaccins langere immuniteit geven dan de mRNA-vaccins? Hoe wordt hierop voorbereid?

Het RIVM houdt de bescherming van de verschillende soorten vaccins nauwlettend in de gaten. In het geval uit onderzoek blijkt dat een of meer specifieke vaccins langere bescherming bieden, zal er een afweging gemaakt moeten worden tussen de eventuele voor- en nadelen van de verschillende typen vaccins voor verschillende doelgroepen. Mocht dit aan de orde zijn, zal ik de Gezondheidsraad om advies vragen.

39.

Wordt rekening gehouden met een scenario waarbij het vaccin ieder jaar aangepast moet worden vanwege virusmutaties?

Ja.

40.

Hoeveel budget verwacht u de komende jaren nodig te hebben voor vaccins? Hoe wordt hier structureel dekking aan gegeven?

Voor 2022 hebben we rekening gehouden met 425 mln aan verwachte uitgaven en 400 mln voor 2023 ten behoeve van de aanschaf van de covid-19 vaccinaties. De middelen zijn beschikbaar op de VWS begroting van 2022, bij een verschuiving tussen de jaren of aanpassing van de genoemde bedragen zullen we uw Kamer informeren middels een incidentele suppletoire begroting.  
Over de verdere structurele inbedding van de Covid-19 vaccinatie is nog geen besluit genomen.

41.

Hoe wordt erover nagedacht om de Intensive Care (IC)-capaciteit structureel te vergroten om beter voorbereid te zijn op toekomstige ziekte-uitbraken? Ligt hier reeds een plan ten grondslag?

Ik heb het LNAZ gevraagd te verkennen of de Covid-zorg ten tijde van een piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden. Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in de begeleidende brief van 1 november 2021 aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen.

Het kabinet werkt ook aan bouwstenen om met de vraagstukken aan de slag te gaan rondom de crisisbestendigheid en robuustheid van het zorglandschap op de langere termijn. We moeten daarvoor de geleerde lessen ophalen en uitwerken, met betrokken partijen. We moeten daarbij niet alleen rekening houden met de vraagstukken die leven in de huidige crisis, zoals de grote vraag naar IC-capaciteit, maar vooral ook mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken. Hierbij zal naar verschillende scenario's worden gekeken. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

42.

Hoeveel IC-bedden kunnen er maximaal vrijgemaakt worden als er opnieuw een grote uitbraak komt (van corona of een nieuwe pandemie), en de 200 bedden dus niet genoeg zijn?

Het geactualiseerde Opschalingsplan van het LNAZ van 1 november 2021 is gericht op het voorbereiden van de gehele acute zorgketen op een nieuwe opleving van de COVID-pandemie dit najaar. Het plan beschrijft welke besluiten en maatregelen in welke fase van de pandemie genomen kunnen worden om de druk op de zorg zo goed mogelijk op te vangen. In het geactualiseerde Opschalingsplan wordt onder andere beschreven hoe op een verantwoorde manier kortdurend opgeschaald kan worden naar 1.350 IC-bedden. Op basis van de ervaringen van het afgelopen jaar en de meest recente prognoses van het RIVM lijkt een capaciteit van 1350 IC-bedden voldoende te zijn. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen en het risico lopen in de zogenaamde fase 3 terecht te komen, dan blijf ik mij verantwoordelijk voelen om te bezien of er alsnog mogelijkheden zijn om iets extra's te doen zodat de plannen die gemaakt zijn voor fase 3 niet gebruikt hoeven te worden. Ik zal dan opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen, en daarbij desnoods buiten de nu bestaande kaders te denken.

43.

Wordt er nagedacht over een scenario dat locaties en personeel alleen worden ingericht en opgeleid voor opname bij corona of een nieuwe pandemie, dus een scenario waarbij de structurele IC-capaciteit en het hoogopgeleid personeel niet hoeft te worden in gezet voor corona of nieuwe pandemie?

Ik heb het LNAZ gevraagd te verkennen of de Covid-zorg ten tijde van een piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden. Bijvoorbeeld door concentratie van Covid-zorg op een beperkt aantal plekken, naast de al bestaande capaciteit in de ziekenhuizen. Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in de begeleidende brief



van 1 november 2021 aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is, ook niet wanneer die extra opschaling geconcentreerd zou worden in enkele ziekenhuizen. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen.

Het kabinet werkt ook aan bouwstenen om met de vraagstukken aan de slag te gaan rondom de crisisbestendigheid en robuustheid van het zorglandschap op de langere termijn. We moeten daarvoor de geleerde lessen ophalen en uitwerken, met betrokken partijen. We moeten daarbij niet alleen rekening houden met de vraagstukken die leven in de huidige crisis, zoals de grote vraag naar IC-capaciteit, maar vooral ook mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken. Hierbij zal naar verschillende scenario's worden gekeken. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

44.

Heeft u budget om op de lange termijn het gratis testen te behouden? Er is op dit moment geen budget beschikbaar om op lange termijn het testen gratis uit te voeren. Afhankelijk van de ontwikkeling van de epidemie en het beleid zal indien dat nodig is budget beschikbaar komen en via de reguliere begrotingsmomenten hetzij via incidentele suppletoire begrotingen aan uw Kamer voorgelegd.

45.

Hoelang gaat u nog geld vrijmaken om gratis testen mogelijk te maken? Hoeveel budget nodig is, is allereerst afhankelijk van het verdere verloop van de epidemie en de inzet van coronatoegangsbewijzen. Er is in elk geval voor de eerste helft van 2022 testcapaciteit beschikbaar via de GGD voor het risicogericht testen en testen bij klachten. Die testen blijven daar gratis en daar heb ik budget beschikbaar voor gesteld. Wat testen voor coronatoegangsbewijzen betreft, wordt op basis van de huidige ontwikkelingen rekening gehouden met het scenario dat begin volgend jaar nog inzet van CTB's nodig is. Momenteel wordt besluitvorming in de ministerraad over reservering van budget voor inzet van CTB's in januari en februari voorbereid. Afhankelijk van de breedte van de inzet van CTB's kan daarnaast op een gegeven moment overwogen worden om een eigen bijdrage voor testen voor toegang te vragen. De uitkomsten van het onderzoek naar de effecten van invoering van het profijtbeginsel worden meegenomen in de verdere besluitvorming hierover. Als het kabinet meer middelen nodig acht wordt dat hetzij via de reguliere begrotingsmomenten hetzij via incidentele suppletoire begrotingen aan uw Kamer voorgelegd.

46.

Hoe wordt het testbeleid op toekomstige ziekten en infecties vormgegeven? Welk scenario is er voor algemene testen die meerdere virussen detecteren?

Er zijn verschillende doelen voor het testen op ziekten en infecties. Ik ga er vanuit dat de vraag is gesteld vanuit de zorg voor de publieke gezondheid, en niet vanuit het individuele patiëntenperspectief. De ontwikkeling van algemene testen die meerdere virussen detecteren staat nog in de kinderschoenen. Ondertussen wordt er natuurlijk wel gekeken waar het nuttig kan zijn om ook te testen op andere virussen. Zo worden steek-

proefsgewijze monsters uit de GGD-teststraten getest op influenza en voeren een aantal GGD-en, onder andere de GGD-Amsterdam een proef uit met het testen van meer mensen op influenza. In mijn brief over de beleidsagenda pandemische paraatheid zal ik nader ingaan op surveillance en monitoring.

47.

Hoelang verwacht u het CTB in te zetten? Wanneer is vaccinatiegraad hoog genoeg?

Het breed inzetten van het CTB biedt een kans om de samenleving te openen. Gezien de huidige ontwikkelingen is de verwachting dat het inzetten van het CTB in ieder geval gedurende (een groot deel van) deze winter nodig zal zijn. De CTB's worden niet langer ingezet dan epidemiologisch noodzakelijk.

Het RIVM heeft aangegeven dat in deze fase van de epidemie, het bijzonder lastig is om contextfactoren, zoals de vaccinatiegraad, één-op-één aan maatregelen te koppelen. Er kan dus geen automatisme tussen indicatoren en maatregelen worden aangebracht en het is niet mogelijk om nu al te voorspellen dat een bepaalde vaccinatiegraad voldoende is om het CTB niet langer in te zetten.

48.

Wat is de toekomst van het CTB als de vaccinatiegraad niet omhoog gaat? Het verder verhogen van de vaccinatiegraad is de beste manier om ernstige ziekte en ziekenhuisopnames door corona te beperken. Bij een hogere vaccinatiegraad kunnen dus eerder maatregelen worden versoepeld. De CTB's zijn niet een op een gekoppeld aan de vaccinatiegraad, zie daarvoor ook het antwoord op vraag 47.

49.

Kunt u toelichten wat de toekomst is van de «golven» van maatregelen die Nederland het afgelopen anderhalf jaar heeft gekend (dat wil zeggen constant maatregelen invoeren op basis van het aantal besmettingen)?

Het verloop van de corona epidemie is tot nu toe grillig, en zal nooit exact te voorspellen zijn. Zo heeft de opkomst van de deltavariant vanwege de hogere besmettelijkheid van deze mutatie ervoor gezorgd dat er striktere maatregelen getroffen dienden te worden teneinde de zorg te behoeden voor overbelasting, de kwetsbaren te beschermen en zicht te houden op het virus. De ontwikkeling van de epidemie, waaronder de opkomst van een mutant, maar ook als gevolg van het seizoenseffect, de oplopende vaccinatiegraad, en het gedrag van mensen waar het bijvoorbeeld de naleving van de maatregelen betreft, maakt dat er golven waar te nemen zijn in het aantal besmettingen die, als hierdoor overbelasting van de zorg dreigt, opgevangen dienen te worden met het treffen van maatregelen. Het voort laten duren van stringente maatregelen, met de bijhorende impact op het welbevinden van mensen, maar ook de economie wanneer de epidemie daar geen aanleiding toe geeft, zou niet-proportioneel zijn. Bij het treffen van maatregelen laat het kabinet zich breed adviseren, onder meer door het OMT die aangeeft welke maatregelen volgens hen passen bij de stand van de epidemie.

50.

Wat gebeurt er als de griep zorgt voor een acute druk op de zorg? Welke maatregelen worden dan overwogen?

De maatregelen die we treffen voor de bestrijding van de corona epidemie hebben hun grondslag in de tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm). Op basis van deze wet worden ministeriële regelingen opgesteld waarin

er maatregelen getroffen worden ter bestrijding van de huidige epidemie. De reguliere griep geeft geen juridische basis voor het treffen van maatregelen zoals die in de Twm worden genoemd.

51.

Hoe lang is het houdbaar om telkens op en af te schalen met afstandsregels, de mondkapjesplicht en evenementverboden?

Het kabinet treft maatregelen tegen de achtergrond van de vier doelen die zij voor de aanpak van de crisis heeft geformuleerd. (het beschermen van de kwetsbaren, het beschermen van de zorg tegen overbelasting, zicht houden op het virus en het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte alsook aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen). Tegen de achtergrond van deze vier doelen formuleert het kabinet beleid waarbij zij zich laat adviseren door het OMT, alsook adviezen inwint bij andere partijen zoals gedragswetenschappers, handhavers, communicatie-experts en andere relevante partijen. Op basis hiervan treft het kabinet maatregelen, die zowel proportioneel als noodzakelijk dienen te zijn. In de Aanpak najaar van 14 september heeft het kabinet, afhankelijk van het risiconiveau (waakzaam, zorgelijk en ernstig) aangegeven welke soort maatregelen in ieder geval overwogen worden.

52.

Hoe kijkt u terug op het regionaal aanpakken van het virus?

Maatregelen dienen proportioneel en noodzakelijk te zijn. Vanuit die gedachte is er veel voor te zeggen om maatregelen daar in te zetten waar ze benodigd zijn, hetzij sectoraal zoals in bijvoorbeeld hoogrisico sectoren waar vanwege de aard van de sector gemakkelijk besmettingen optreden (bijvoorbeeld nachtclubs), of regionaal in geval van regionale oplevingen. Tegelijkertijd is een van de lessen van vorig jaar ook dat er bij de inzet van regionale maatregelen een «waterbedeffect» kan optreden, waarbij mensen zich uit regio's waar maatregelen gelden, verplaatsen naar andere regio's waar er geen maatregelen gelden.

53.

Waarom waren regionale maatregelen of landelijke maatregelen effectiever?

Het is niet mogelijk om iets te zeggen over de effectiviteit van afzonderlijke maatregelen daar maatregelen altijd in samenhang getroffen worden. Ook verschilt de context waarin vergelijkbare maatregelen getroffen, bijvoorbeeld voor wat betreft het aantal besmettingen, de vaccinatiegraad, etc. De vraag of regionale of landelijke maatregelen effectiever waren, laat zich dan ook niet makkelijk beantwoorden daar er geen goede vergelijking te maken is tussen de toepassing van deze verschillende typen maatregelen.

54.

Hoe wordt besloten om in de toekomst regionale of landelijke maatregelen te implementeren?

In de aanpak voor het najaar die 14 september naar uw Kamer is gestuurd, wordt aangegeven wanneer welke maatregelen proportioneel en noodzakelijk geacht worden per fase van de epidemie. Regionale maatregelen zijn vooralsnog voorzien wanneer we een relatief lage druk op de zorg kennen, of wanneer we door het treffen van gerichte maatregelen regionale uitbraken van het virus kunnen bestrijden. Bij de

bestuurlijke afweging om tot maatregelen te komen, worden het zevendaags gemiddelde aan IC en ziekenhuisopnames beoordeeld tegen de achtergrond van contextfactoren zoals aantal opgenomen gevaccineerde en niet gevaccineerde personen, de immuniteitsontwikkeling in de maatschappij, de beschikbare ruimte op de IC van dat moment (bijv. wel of geen griep), de druk op de zorgketen en de sociaal maatschappelijke en economische situatie.

55.

Wordt er nagedacht over een permanente wet die de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 zou vervangen?

Zoals toegezegd tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 in verband met regeling van het vereiste van goedkeuring bij wet van een koninklijk besluit tot verlenging als bedoeld in artikel VIII, derde lid, van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 wordt u voor het kerstreces geïnformeerd over hoe omgegaan zal worden met de regelgeving voor de bestrijding van de epidemie van covid-19 of de directe dreiging daarvan.

56.

In hoeverre zou deze wet ook inzetbaar zijn bij toekomstige ziektes of pandemieën?

Zoals aangegeven in het antwoord bij vraag 55 informeer ik uw Kamer voor het kerstreces over hoe omgegaan zal worden met de regelgeving voor de bestrijding van de epidemie van covid-19 of de directe dreiging daarvan. Ik kan niet op voorhand aangeven of die uitkomst ook geschikt zal zijn voor toekomstige pandemieën.

57.

Hoe wordt de evaluatie van de Wet publieke gezondheid momenteel gedaan?

In de voortgangsbrief van 14 september (Kamerstuk 25 295, nr. 1422) bent u geïnformeerd over afgeronde, lopende en nog te starten COVID-19 gerelateerde evaluaties. Deze evaluaties vormen de basis voor aanpassingen die nodig kunnen zijn van de Wet publieke gezondheid voor toekomstige pandemieën.

58.

Wat is de stand van zaken rondom een vaccinatiestatus op de werkvloer, bijvoorbeeld in de zorg?

Een werkgever mag vragen naar de vaccinatiestatus van een werknemer – mits daar een goede reden voor is –, maar de werknemer heeft het recht om deze vraag niet te beantwoorden. De werkgever mag de vaccinatiestatus (dus of je wel of niet gevaccineerd bent) bij individuele werknemers op geen enkele wijze vastleggen. Deze informatie is ook toegevoegd aan de website van de rijksoverheid (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/vraag-en-antwoord/mag-ik-een-werknemer-verplichten-zich-te-laten-vaccineren>). Specifiek voor de zorg, heeft het kabinet de afgelopen weken een verkenning uitgevoerd naar registratie van de vaccinatie- of herstelstatus van werknemers. Zoals aangegeven in de Kamerbrief van 2 november jl., heeft het kabinet, op basis van het OMT en de gevoerde consultatiegesprekken, ervoor gekozen om dit vooralsnog niet mogelijk te maken.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468

59.

Bent u van plan om ook een vaccinatieplicht in de zorg voor het griepvaccin in te voeren? Waarom wel, waarom niet?

De Staatssecretaris heeft begin 2020 de Kamer een onderzoek aangeboden naar de wenselijkheid en mogelijkheid van het verplichten van de griepvaccinatie voor zorgpersoneel<sup>12</sup>. De conclusie van het onderzoek was dat er op dit moment geen juridische grondslag voor verplichting van deze vaccinatie is, dat dit waarschijnlijk op bezwaren zal stuiten met betrekking tot proportionaliteit, dat er geen draagvlak is voor het verplichten van griepvaccinatie in de zorg én dat er met andersoortige maatregelen nog flinke winst te behalen is. Vorig jaar hebben werkgevers in de zorg ingezet op het verhogen van de vaccinatiegraad bij zorgmedewerkers door het belang van de griepvaccinatie extra onder de aandacht te brengen en het vaccin actief aan te bieden aan hun werknemers. Hiertoe is door koepels van werkgevers en professionals de campagne «Zo Geprikt – Zorgprofessional, bescherm jezelf cliënten of patiënten tegen griep!» ontwikkeld. De Staatssecretaris ziet daarom vooralsnog geen reden tot een verplichte griepvaccinatie voor het zorgpersoneel.

60.

Bent u van plan om ook een vaccinatieplicht in de zorg voor het coronavaccin in te voeren? Waarom wel, waarom niet?

Ik ben niet van plan om een vaccinatieplicht voor het coronavaccin in de zorg in te voeren. Hiervoor is geen wettelijke basis en ook geen noodzaak op dit moment. Het borgen van de veiligheid van patiënten en medewerkers kan ook op andere manieren, bijvoorbeeld door het dragen van beschermende kleding of door niet-gevaccineerde medewerkers (tijdelijk) niet met kwetsbare patiënten te laten werken. Een vaccinatieplicht voldoet daarmee niet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

61.

Is er een situatie binnen de zorg waarin medewerkers verplicht zijn hun persoonlijke medische gegevens te delen omdat ze anders niet kunnen werken of ander werk moeten doen (zoals bij tuberculose of hepatitis B)?

Er zijn geen situaties bekend die een wettelijke verplichting kennen om persoonlijke medische gegevens te delen. Het is daarbij goed om op te merken dat medewerkers niet verplicht zijn om hun vaccinatiestatus te delen op basis van een wet, ook niet in het geval van Tuberculose en Hepatitis B. De werkgever mag vragen naar de vaccinatiestatus – mits daar een goede reden voor is –, maar de werknemer heeft het recht om deze vraag niet te beantwoorden. Deze informatie is ook toegevoegd aan de website van de rijksoverheid (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/vraag-en-antwoord/mag-ik-een-werknemer-verplichten-zich-te-laten-vaccineren>). Indien de medewerker mogelijk een gevaar vormt voor de patiënt is het vervolgens aan de werkgever om maatregelen te nemen om te zorgen voor een veilige werken zorgomgeving. Daarnaast kent de Wet op de Medische Keuringen wel een mogelijkheid om bij het aangaan of wijzigen van een dienstbetrekking een medische keuring te verrichten. Zie hiervoor het antwoord op vraag 63.

62.

Hoe wordt in de zorg omgegaan met tuberculose-beleid en de verplichtingen die zorgmedewerkers hebben hieromtrent?

<sup>12</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 473

Het screeningsbeleid van ziekenhuismedewerkers is vastgelegd in de richtlijn «Tuberculosescreeningsbeleid Ziekenhuismedewerkers» die door de beroepsgroep is vastgesteld (6.7 Tuberculosescreeningsbeleid ziekenhuismedewerkers – KNCV – Tuberculosefonds (kncvtbc.org).

De adviezen zijn:

- Screening bij indiensttreding van medewerkers die in het verleden een hoog risico op tuberculose hadden (Korter dan 2 jaar geleden langer dan 1 maand gewerkt in een ziekenhuis in een land met een tbc-incidentie die groter is dan 50/100.000 inwoners of korter dan 2 jaar in Nederland en afkomstig uit een land met tbc-incidentie groter dan 50/100.000 inwoners).
- Screening bij indiensttreding en periodiek van medewerkers die op afdelingen werken met een verhoogd risico op tuberculose.
- Screening indien medewerker zonder beschermingsmaatregelen is blootgesteld aan een patiënt met (open) tuberculose.

Screening gebeurt primair met een huidtest (Mantouxtest) of een bloedtest. Als deze positief is, dan is er sprake van een tuberculose-infectie. De kans op ziekte na infectie is circa 10%. Met een medicijnkuur (preventieve behandeling) kan voorkomen worden dat een persoon met een tuberculose-infectie de ziekte tuberculose krijgt.

Zorgmedewerkers worden gemotiveerd om aan deze onderzoeken mee te doen.

63.

Is er binnen de huidige wetgeving een mogelijkheid om bij een sollicitatie te vragen naar de vaccinatiestatus van een sollicitant, gezien het feit dat een werkgever verplicht is een risico-inventarisatie te maken? Vindt u dat het weten van de vaccinatiestatus van werknemers van belang is om een betrouwbare risico-inventarisatie te maken? Bent u het ermee eens dat het niet weten van de vaccinatiestatus aanzienlijke belemmeringen kan geven binnen het werk (denk aan een piloot die een vaccinatieplicht heeft voor bepaalde landen)?

Uitgangspunt in de Nederlandse wetgeving is dat bij een aanstelling medische omstandigheden van de sollicitant geen rol spelen. De Wet op de Medische Keuringen (hierna: WMK) biedt in bepaalde gevallen de mogelijkheid om bij het aangaan of wijzigen van een dienstbetrekking een medische keuring te verrichten. Het kunnen vragen naar de vaccinatiestatus in het kader van een aanstellingsprocedure vormt zo'n medische keuring. Op grond van de WMK mag een medische keuring alleen plaatsvinden als aan de vervulling van de functie bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld, zoals de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de betrokkene zelf of die van derden bij de uitoefening van de functie, en de risico's niet door andere maatregelen kunnen worden gereduceerd. Het hangt dus van de betreffende functie en omstandigheden af of het toegestaan is om bij een sollicitatie naar de vaccinatiestatus van een sollicitant te vragen.

Het is mogelijk dat in de praktijk het niet-gevaccineerd zijn gevolgen kan hebben voor de inzetbaarheid van een persoon voor een bepaalde functie. Zo geldt er bijvoorbeeld geen algemene vaccinatieplicht op basis van nationale regelgeving voor piloten en cabinepersoneel, maar zullen zij niet ingezet kunnen worden op een vlucht naar een land dat een bepaalde vaccinatie vereist voor inreizen van het personeel. Er dienen dan andere maatregelen te worden genomen over de inzetbaarheid door het goede gesprek te voeren tussen werkgever en werknemer over wensen en mogelijkheden.

64.

Bevat de Wet op de medische keuringen ruimte voor vaccinatiestatusen? Zie het antwoord op de vorige vraag. De WMK biedt ruimte als het voor de vervulling van een bepaalde functie noodzakelijk is om op de hoogte te zijn van de vaccinatiestatus van de werknemer vanwege de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de betrokkene zelf of die van derden bij de uitoefening van de functie, en andere maatregelen de risico's niet kunnen reduceren. Daarbij zal moeten worden voldaan aan de procedurele waarborgen en eisen die bij of krachtens de WMK zijn gesteld, zoals de eis dat de medische keuring moet worden verricht door een bedrijfsarts.

65.

Onderzoekt u de optie of ook horecapersoneel gevraagd kan worden naar een CTB, gezien de risico-inventarisatie die een werkgever verplicht is te onderzoeken? Waarom wel/niet? Welke wet moet hiervoor aangepast worden?

Zoals aangegeven in de Kamerbrief van 12 november jl., wordt een wetsvoorstel voorbereid om voor sectoren waar een CTB momenteel verplicht is voor bezoekers en deelnemers, zoals de horeca, een CTB ook verplicht te kunnen stellen voor werknemers.<sup>13</sup> Hiervoor is een aanpassing in art. 58ra van de Wet publieke gezondheid noodzakelijk. Via een ministeriële regeling wordt nader bepaald voor welke CTB-plichtige sectoren deze plicht gaat gelden en onder welke voorwaarden. Differentiatie naar gebieden en werklocaties is hierbij mogelijk.

66.

Welke wetsartikelen in welke wetten gaan over het verplichten van vaccinatie, dan wel over het vragen naar de vaccinatiestatus? Kunt u deze wetsartikelen onder elkaar te zetten?

Er is slechts één wet die expliciet de mogelijkheid van een vaccinatieplicht regelt. Dat betreft de Wet immunisatie militairen. Op grond van artikel 3 van die wet kan de Minister van Defensie aan militair personeel onder bepaalde omstandigheden vanwege het waarborgen van de inzet van de krijgsmacht een vaccinatie verplichting opleggen.

Daarnaast geldt dat – zoals hiervoor is aangegeven – de WMK de mogelijkheid biedt om in bepaalde gevallen bij het aangaan of wijzigen van een dienstbetrekking een medische keuring te verrichten waarbij gevraagd wordt naar de vaccinatiestatus.

67.

Wat wordt er op internationaal vlak gedaan om een nieuwe pandemie eerder te signaleren en in te perken?

In reactie op deze pandemie wordt er nadrukkelijk gezien hoe er internationaal (zowel binnen de EU, als op mondiaal terrein) beter kan worden samengewerkt teneinde een nieuwe pandemie eerder te signaleren en om er beter op voorbereid te zijn om de gevolgen ervan in te perken. Nederland draagt hier nadrukkelijk aan bij.

Op het niveau van de Europese Unie wordt gewerkt aan het versterken van het European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) en aan de oprichting van de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA). HERA is opgericht om Europa beter in staat te stellen om grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen te voorkomen, op te sporen en daar snel op te reageren, door te zorgen voor de ontwikkeling,

<sup>13</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1519

productie, de aanschaf en eerlijke verdeling van crisisrelevante medische tegenmaatregelen.

Op mondiaal niveau wordt gewerkt aan het versterken van de positie van de WHO en pleit Nederland voor het tot stand brengen van een mondiaal verdrag ter versterking van de mondiale samenwerking op het terrein van pandemic preparedness and response. Al langer werkt Nederland samen met een grote groep landen aan de Global Health Security Agenda, een initiatief waarmee landen worden geholpen bij het implementeren van de International Health Regulations (IHR).

Een ander voorbeeld van internationale samenwerking op het gebied van infectieziektensignalering is de oprichting van de WHO Pandemic and Epidemic Intelligence hub in Berlijn, wat de wereld moet voorzien van betere data en mogelijke adviezen om grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen te voorkomen of de impact ervan te minimaliseren. Tenslotte is er bij de WHO onlangs een wetenschappelijke adviesgroep opgericht, de Scientific Advisory Group for the Origins of Novel Pathogens (SAGO), welke ziekteverwekkers met pandemisch potentieel in kaart moeten brengen, en de randvoorwaarden voor hun ontstaan en verspreiding.

68.

Wat voor maatregelen (nationaal en internationaal) worden er nu genomen om toekomstige pandemieën te voorkomen?

De Tweede Kamer ontvangt eind dit jaar een beleidsagenda voor de pandemische paraatheid. Hierin zal ik schetsen wat belangrijke onderdelen zijn in de toekomstige aanpak, zowel nationaal als internationaal, om toekomstige pandemieën zoveel mogelijk te voorkomen. Onderdeel daarvan is ook monitoring, signalering, opvolging en uitwisseling van informatie tussen landen. Niettemin wil ik benadrukken dat het uitsluiten van een pandemie in de toekomst niet mogelijk is. Besluitvorming hierover is aan het nieuwe kabinet.

69.

Wat wordt er nu gedaan om de oorzaak van de coronapandemie aan te pakken?

De Tweede Kamer ontvangt eind dit jaar een beleidsagenda voor de pandemische paraatheid. Hierin zal ik schetsen wat belangrijke onderdelen zijn in de toekomstige aanpak, zowel nationaal als internationaal. Dit gaat overigens niet specifiek over de coronapandemie; maar over elke toekomstige pandemie. Het is overigens lastig om te spreken over «dé» oorzaak van de coronapandemie. Besluitvorming hierover is aan het nieuwe kabinet.

70.

Hoe kijkt u aan tegen het vrijgeven van patenten bij toekomstige pandemieën? Hoe kijkt u aan tegen een beleid waarin vaccins bij acute pandemieën niet onder het patentrecht vallen?

In de huidige pandemie zal het kabinet, in lijn met de motie-Piri c.s. (Kamerstuk 35 663, nr. 21), blijven aandringen op proactieve en constructieve onderhandelingen aan de hand van concrete teksten over een beperkt waiver-voorstel gericht op coronavaccins. Zowel de inspanningen van Nederland als die van de Europese Commissie zijn er daarbij op gericht dat het stelsel van intellectuele eigendom geen blokkerende maar juist een faciliterende rol speelt bij zowel de ontwikkeling van vaccins als het inzetten van productiecapaciteit van vaccins.



In algemene zin en met oog op toekomstige pandemieën geldt dat het systeem van intellectuele eigendom in deze pandemie grootschalig en kostbaar onderzoek naar mogelijke vaccins heeft gestimuleerd. Dat heeft dankzij de buitengewone inspanning van vele tienduizenden wetenschappers en vaccinontwikkelaars, die soms dag in dag uit hebben gewerkt, mogelijk gemaakt dat binnen slechts één jaar na de start van de pandemie verschillende werkzame vaccins beschikbaar zijn die een belangrijke bijdragen leveren aan het beheersbaar maken van de pandemie. Dit toont aan dat het systeem van intellectuele eigendom, als stimulans om te investeren en te innoveren, zijn vruchten afwerpt.

Het stelsel van intellectuele eigendom biedt bovendien niet alleen een stimulans om onderzoek te doen, maar ook een juridische basis voor samenwerking en het veilig delen van rechten en benodigde kennis. Juist bescherming van octrooien en bedrijfsgeheimen zorgt ervoor dat bedrijven van productiecapaciteit van andere bedrijven inhuren om zo productiecapaciteit op te schalen.

AstraZeneca werkt bijvoorbeeld samen met het Serum Institute of India voor de productie van 1 miljard vaccins voor lage- en middeninkomenslanden en met bijvoorbeeld Emergent, Catalent, Halix, Thermo Fisher en IDT Biologika. Pfizer werkt samen met onder meer BioNtech en Sanofi en Novartis. Moderna met Lonza, Catalent, Rovi en Recipharm en Janssen bijvoorbeeld met Emergent, Catalent, Reig Jofre, Merck en Biological E in India en Aspen in Zuid Afrika. Dergelijke samenwerkingen kunnen juist plaatsvinden doordat intellectuele eigendomsrechten bedrijven een snelle en veilige manier bieden om hun intellectuele eigendom, technologie en kennis te delen. Dat dit zijn vruchten afwerpt blijkt ook uit de meest recente productiecijfers.

De wereldwijde productie van vaccins neemt snel toe. Met een wereldwijde productie van bijna 1,5 miljard doses per maand is de verwachting van de WHO inmiddels dat er vanuit het oogpunt van de voorziening voldoende doses zullen zijn om de wereldwijde vaccinatie doelen te bereiken, mits er een billijke verdeling is.<sup>14</sup>

Het zomaar «vrijgeven» van octrooien bij toekomstige pandemieën biedt daarom geen oplossing. Wij moeten geen maatregelen nemen die afbreuk kunnen doen aan de prikkels voor innovatie en investeringen in nieuwe vaccins en geneesmiddelen of de bereidwilligheid van partijen om kennis te delen en (nieuwe) samenwerkingen aan te gaan. Ik zie daarom ook een beleid waar vaccins (of andere therapieën) niet onder octrooirecht vallen niet voor me. Ik kan me niet voorstellen hoe de ontwikkeling en productie van vaccins, tegen een virus dat mogelijk een volgende pandemie kan veroorzaken, snel wereldwijd opgepakt zal worden zonder de inzet van private partijen. Het octrooirecht zorgt voor de mogelijkheid om investeringen terug te verdienen en om de nodige samenwerkingen van de grond te laten komen. Al is dit geen waarborg. Want niet elke investering in vaccinontwikkeling door een farmaceut leidt tot een renderend vaccin wat ingezet kan worden bij een pandemie.

71.

Hoe ver bent u met een aanpak voor mensen die niet gevaccineerd en getest kunnen worden?

Het RIVM geeft aan dat het aantal mensen dat (nog) niet (volledig) gevaccineerd kan worden beperkt is. Voor het overgrote deel van de mensen is inmiddels een oplossing gevonden. Zo kan de groep die een allergische reactie had op de eerste vaccinatie, zich melden bij de huisarts voor een afspraak om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een

<sup>14</sup> WHO, Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022.

vaccinatie te ontvangen. Ook zijn er mensen die moeten wachten totdat ze gevaccineerd kunnen worden vanwege een behandeling die zij ondergaan. De verwachting is dat deze groep steeds kleiner wordt. Indien iemand om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, kan een Coronatoegangsbewijs (Ctb) verkregen worden door middel van een negatief testbewijs of een herstelbewijs. Voor de groep mensen die zich niet kan laten testen, liep vorige maand een pilot om te bezien of hier een uitzondering voor gemaakt kan worden. Uit de pilot bleek dat dit om een kleine groep mensen gaat die lijden aan een heel breed spectrum van aandoeningen. Het is noodzakelijk om voor zowel de groep die uiteindelijk niet gevaccineerd kan worden als de groep die niet getest kan worden, een oplossing te vinden. Ik heb daarom de opdracht gegeven om een landelijk beoordelingsorgaan te organiseren, bestaande uit artsen en verpleegkundigen. Zij zullen bij de beoordeling of iemand zich vanwege een medische reden niet kan laten testen of vaccineren de benodigde medische informatie en expertise ophalen. De KNMG en de GGDHOR steunen deze route. Het is vanwege bescherming van de arts-patiënt relatie onwenselijk dat de beoordeling door de behandelend arts zelf wordt afgegeven. Mede de verbrede inzet van het coronatoegangsbewijs en ook de uitbreiding met 2G onderstrepen de noodzaak van deze uitzonderingsroutes. Anderzijds is het belangrijk in ogenschouw te houden dat het vaak gaat om kwetsbare mensen voor wie een besmetting met Covid ernstige gevolgen kan hebben. Betreffende de tijdslijn, zullen deze routes pas over enkele weken operationeel zijn.

72.

Bent u bereid om de berekening van andere landen eens naast het getal van het Outbreak Management Team (OMT) te leggen, aangezien het OMT een aantal van 1,8 miljoen mensen hanteert die nog COVID zullen krijgen en het OMT daarbij andere normen hanteert dan in de landen om ons heen?

Ik ben vanzelfsprekend altijd bereid om naar de ervaring in andere landen te kijken. De prognose van het aantal nog niet immune mensen wordt regelmatig opnieuw bekeken, waarbij de experts van het RIVM en het OMT ook gegevens uit het buitenland meenemen. Ik begrijp niet goed wat wordt bedoeld met «andere normen», het aantal nog niet immune mensen wordt ingeschat op basis van de vaccinatiegraad en het aantal mensen dat een besmetting heeft doorgemaakt. In het advies van OMT 129 is de meest actuele schatting opgenomen.

73.

Wanneer wordt de serologische test ingevoerd?

Het kabinet heeft besloten om het OMT te volgen in het negatieve advies<sup>15</sup> op de inzet van serologische testen voor het CTB. Ik verwijs voor dit besluit naar de brief aan uw Kamer van 3 november 2021 (nr. 25295–1468). Wel ga ik wetenschappers vragen welke inspanningen nodig zijn om tot een zekerder onderbouwing te komen om de uitslag van een serologische test al dan niet in te zetten voor een herstelbewijs. Deze wetenschappers maken deel uit van internationale wetenschappelijke fora en zijn op de hoogte van de laatste nationale en internationale wetenschappelijke inzichten hierover. Mocht de stand van de wetenschap veranderen, dan zal ik mij opnieuw beraden. Voor nu is de onderbouwing van de experts 3-ledig:

- 1) Met een serologische test is het tijdstip van infectie niet vast te stellen en kan dus geen termijn aan het CTB worden gekoppeld.

<sup>15</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1464

- 2) Er zijn geen internationaal geaccepteerde afkapwaardes bekend van antistoffen waarmee het verband aan getoond kan worden met de mate van bescherming.
- 3) Er is een grote diversiteit aan serologische testen, waarvan de meest snelsten ongeschikt of niet gevalideerd zijn om een voldoende betrouwbare uitslag te geven over de mate van immuniteit.

74.

Op welk moment gaat u naar het huidige niveau handelen, aangezien de ziekenhuisopnames en IC-opnames nu op het niveau van waakzaam zijn en daar geen CTB bij hoort?

De inschaling in een bepaald risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig) wordt bepaald door het 7-daagsgemiddelde van ziekenhuis- en IC-opnames. Deze inschaling vindt wekelijks plaats en wordt gecommuniceerd via het Coronadashboard. Op basis van de signaalwaarden voor het 7-daagsgemiddelde ziekenhuis- en IC-opnames, is Nederland sinds 2 november ingeschaald in risiconiveau «ernstig». De bestuurlijke afweging van het kabinet over de (continuering van) inzet van maatregelen vindt plaats op basis van een OMT-advies, alsook adviezen van andere partijen zoals gedragswetenschappers, handhavers en communicatiespecialisten. Bij deze bestuurlijke afweging worden ook contextfactoren meegenomen zoals het aantal opgenomen gevaccineerde en niet gevaccineerde personen, de immuniteitsontwikkeling in de maatschappij, de beschikbare ruimte op de IC van dat moment (bijv. wel of geen griep), de druk op de zorgketen en de sociaal maatschappelijke en economische situatie. Op basis van bovenstaande wordt vervolgens bepaald of, en zo ja welke, maatregelen op welke manier moeten worden ingezet. Deze systematiek kent geen «als-dan» automatisme waarbij een bepaalde inschaling op basis van het 7-daagsgemiddelde automatisch gepaard gaat met een bepaalde set aan maatregelen.

75.

Wanneer komt uw reactie op het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

Het kabinet is de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) en de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) zeer erkentelijk voor het advies dat zij 2 september jl. hebben uitgebracht: Navigeren en anticiperen in onzekere tijden. Het advies biedt strategische handvatten, gebaseerd op wetenschappelijke kennis en expertise, voor de volgende fasen van de pandemiebestrijding en voor het versterken van de samenhang daarvan met belangrijke politieke en maatschappelijke lange termijn opgaven. Het is een belangrijk advies dat behulpzaam is om ons met behulp van de scenario's voor te bereiden op de verschillende situaties die zich voor kunnen doen. Gezien de demissionaire status van het kabinet beperkt het kabinet zich hier tot de beantwoording van de schriftelijke Kamervragen die over het advies gesteld zijn. Het is aan een volgend kabinet om de langere termijn beleidsinzet ten aanzien van pandemische paraatheid en andere belangrijke maatschappelijke opgaven te bepalen zoals klimaat en economie.

76.

Hoe verhoudt de aangekondigde corona-aanpak voor het najaar zich tot het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

De KNAW en WRR stellen dat het anticiperen op verschillende scenario's voorkomt dat overheid en samenleving steeds weer door nieuwe ontwikkelingen overvallen worden en noodgedwongen ad-hoc-besluiten

moeten nemen. Omdat niemand weet hoe de covid-19 pandemie zich precies gaat ontwikkelen is het belangrijk om aan de hand van scenario's toch tot robuust beleid te komen. Beleidskeuzes zullen per scenario verschillen.

Het kabinet onderschrijft nut en noodzaak van het werken met scenario's in onzekere tijden. Met de herijking van de aanpak van het najaar zoals uiteengezet in de Stand van zaken brief covid-19 van d.d. 14 september heeft het kabinet conform het advies van de WRR en de KNAW zich voorbereid op verschillende scenario's. Concreet gaat het om drie scenario's. De drie scenario's onderscheiden zich van elkaar omdat ze andere uitgangspunten bevatten, zoals bijvoorbeeld de mate van opgebouwde immuniteit en beschikbaarheid van vaccins. In onderstaande box is een korte toelichting op de door het kabinet gebruikte scenario's en bijpassende strategieën opgenomen.

### **De drie scenario's en strategieën van het kabinet**

#### *1. Scenario endemische fase: stip op de horizon*

In dit scenario is het virus er nog, maar het vormt geen directe dreiging meer. Het aantal besmettingen blijft ongeveer constant op een laag niveau en is goed te adresseren door de GGD. Er zijn geen ingrijpende maatregelen nodig en er vinden geen uitbraken plaats die de zorg niet aan kan. Griep is een goed voorbeeld van een endemische ziekte, daar vaccineren we tegen, elke winter zijn er uitbraken maar die zijn in de meeste gevallen niet zo erg dat de zorg het niet aan kan.

#### *2. Scenario oplevingen met risiconiveaus waakzaam, zorgelijk en ernstig*

In dit scenario is een hoge immuniteit tegen de dominante virusvariant bereikt en bieden vaccins goede bescherming tegen ernstige ziekte met ziekenhuisopname. Er wordt niet ingezet op het elimineren van het virus, en daarmee wordt geaccepteerd dat mensen besmet kunnen worden. Er worden in dit scenario drie risiconiveaus onderscheiden: waakzaam; zorgelijk; en ernstig. In de situatie waakzaam wordt gekozen voor een accommodatiestrategie waarbij een bepaalde mate van aanwezigheid virus wordt getolereerd en er vooral wordt ingezet op de verbetering van de naleving van basismaatregelen. Inzet van het CTB is optioneel. Naarmate risico's toenemen en de druk op de zorg toeneemt kan de overheid extra maatregelen treffen zoals verbreding van de inzet van het CTB naar sectoren en de werkvloer. In het risiconiveau ernstig wordt een mitigatiestrategie gevolgd en kunnen aanvullende maatregelen nodig zijn zoals het beperken van groepsgroottes of het werken met sluitingstijden. In alle drie de risiconiveaus zet het kabinet in op een zo hoog mogelijk, en homogeen krijgen van de vaccinatiegraad en inzet op waakzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van mensen om besmetting zoveel mogelijk te voorkomen.

#### *3. Scenario immuniteitsdoorbraak*

In dit scenario komt de immuniteit geheel of bij specifieke groepen onder druk te staan door de introductie van een nieuwe virus variant in Nederland. Er is een (grote) kans op ernstige ziekte met ziekenhuisopname en of sterfte, ook voor mensen die zijn gevaccineerd. In dit scenario zijn er veel onzekerheden, waaronder de intensiteit en duur van de heropleving. Inschatting van de duur van de opleving

wordt in dit scenario gerelateerd aan het vooruitzicht op de beschikbaarheid van een vaccin. In alle gevallen van een immuuniteitsdoorbraak is het aan te raden te starten met een kortdurend intensief ingrijpen om tijd te kopen en de verspreiding van de nieuwe variant te remmen. Zo ontstaat ruimte om informatie en kennis over het virus en de werking van vaccins te vergaren. Nederland zal hierin gezamenlijk optrekken met de EU en de WHO. Als de inschatting is dat binnen afzienbare tijd een vaccin beschikbaar komt, dan kan de eliminatie van het virus een te prefereren strategie zijn, bijvoorbeeld door het instellen van een harde lockdown van 2 tot 3 weken. Laat een vaccin lang(er) op zich wachten dan ligt een mitigatiestrategie met een stapsgewijze opbouw en afbouw van maatregelen meer voor de hand.

De KNAW en de WRR hebben een vijftal scenario's geschetst (zie box voor een korte toelichting). De drie door het kabinet gebruikte scenario's en de vijf geschetste scenario's van de WRR en KNAW komen niet geheel overeen, maar alle scenario's bevatten nagenoeg dezelfde uitgangspunten en denkbare ontwikkelingen rond de covid-19 pandemie. Dat er wat kleine verschillen tussen de scenario's zitten doet niet af aan het beoogde doel van het werken met scenario's namelijk het verwerven van inzichten die helpen om robuuste strategische keuzes te maken en weloverwogen besluiten te kunnen nemen in onzekere tijden. In de praktijk kunnen bovendien allerlei mengvormen van verschillende scenario's ontstaan, zoals de WRR en de KNAW ook aangeven.

### **De vijf scenario's van de WRR en de KNAW**

#### *1. Terug naar normaal*

COVID-19 wordt helemaal uitgebannen. Wereldwijd zijn voldoende mensen immuun door (herhaalde) vaccinatie of het doormaken van de infectie. Het virus muteert niet dusdanig dat het aan de immuniteit kan ontsnappen.

#### *2. Griep+*

COVID-19 wordt endemisch met jaarlijkse golven in de winter. De meeste mensen worden niet ernstig ziek. Kwetsbare groepen hebben een verhoogd risico om ernstig ziek te worden. Afhankelijk van het epidemische beloop en de duur van de immuniteit zijn wellicht herhaalvaccinaties nodig. Het virus blijft muteren, maar niet zodanig dat dit veel verandert aan de ernst of verspreiding van het virus.

#### *3. Externe dreiging*

In Nederland en de meeste Europese landen is het virus onder controle, maar in veel andere landen niet. In die landen blijft het virus rondgaan en muteert het tot nieuwe, gevaarlijke varianten. Er zal streng grensbeleid zijn om te proberen nieuwe uitbraken in «veilige landen» te voorkomen.

#### *4. Continue strijd*

COVID-19 blijft een serieuze bedreiging. Vaccins werken niet voldoende (lang) en er ontwikkelen zich steeds nieuwe varianten die aan de bestaande vaccins ontsnappen. Er wordt een groot beroep gedaan op de veerkracht in de samenleving.

## 5. Worst case

COVID-19 eist jaarlijks meer slachtoffers en blijft wereldwijd circuleren; de opgebouwde immuniteit en de effectiviteit van vaccins zijn beperkt. Het is onzeker wanneer de pandemie zal uitdoven, en tot die tijd blijven hevige uitbraken plaatsvinden. Samenleving en economie maken een lange periode van ontwrichting door.

Het doorrekenen van de verwachte kosten van de corona-aanpak per scenario is lastig, omdat er vele onzekerheden zijn en geen enkel scenario's zich precies zal voltrekken zoals geschetst. Inzet van het kabinet is er vooral op gericht om de kosten van ingrijpen voor de samenleving zo beperkt mogelijk te houden -in welke situatie dan ook- en deze kosten goed te blijven monitoren. Maatregelen kunnen een grote impact op de samenleving hebben en op gespannen voet staan met andere beleidsdoelstellingen zoals het verminderen van kansengelijkheid in het onderwijs of de grondrechten van het individu.

Om de kosten voor de samenleving te beperken is het uitgangspunt dat maatregelen te allen tijde noodzakelijk en proportioneel moeten zijn: maatregelen mogen niet verder gaan dan nodig is om het doel te bereiken. Maatregelen dienen ook een zo groot mogelijk effect hebben op het verminderen van het verspreiden van het virus. Naarmate maatregelen beter en makkelijker nageleefd en gehandhaafd kunnen worden zal het effect ook groter zijn.

Een zorgvuldige toetsing van maatregelen op al deze aspecten is dus van essentieel belang. Daartoe laat het kabinet zich niet alleen door het OMT en RIVM adviseren, maar ook door het SCP, het CPB en gedragswetenschappers. Dit conform het advies van de KNAW en de WRR om niet alleen virologische-medische kennis in het beleid en de besluitvorming te betrekken, maar ook relevante gedrags- en maatschappijwetenschappelijk kennis en inzichten. Door toevoeging van een vierde doel aan de corona-aanpak -het zoveel mogelijk voorkomen van economische en maatschappelijke schade van maatregelen op korte termijn; het voorkomen van structurele maatschappelijke en economische schade alsmede het voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen- is deze integrale aanpak in de advisering en besluitvorming nog sterker verankerd.

Om tijdelijke en structurele schade van maatregelen te kunnen beperken is het noodzaak te weten waar die schade in de samenleving precies ontstaat. Daartoe heeft het kabinet onder andere samen met de VNG, TNO en het CBS een dashboard ontwikkeld dat o.a. monitort welke groepen in de samenleving het hardst geraakt zijn. Er komt zo steeds meer zicht op de brede implicaties van de covid-19 pandemie en de effecten van individuele maatregelen.

De start van de herijking van de covid-19-aanpak stond geheel in het teken van het ophalen van die kennis, inzichten en ervaringen om daaruit lessen te trekken. Eén van de belangrijkste lessen is dat het kabinet nieuwe sluitingen in het onderwijs wil voorkomen en het liefst het onderwijs volledig uitzondert mochten nieuwe maatregelen nodig zijn. Dit vanwege de enorme impact op de ontwikkeling, studievoortgang en het welzijn van studenten en de werkdruk van docenten. Nieuwe sluitingen in het onderwijs zal de kansengelijkheid verder vergroten en leiden tot grotere onderwijs- en studieachterstanden. Dit is niet alleen voor het individu nadelig, maar leidt ook tot grote economische schade.

77.

Wat zijn de verwachte kosten van de corona-aanpak, als scenario 1 uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» uitkomt?

Zie het antwoord onder vraag 76.

78.

Wordt de vaccinatiestatus bij ziekenhuisopname en/of IC-opname altijd geregistreerd?

Het is aan de ziekenhuizen zelf om hier invulling aan te geven. In de praktijk wordt bij opname vrijwel altijd gevraagd naar de vaccinatiestatus van patiënten en op basis van deze informatie kunnen ook eventueel passende maatregelen genomen worden om een veilige werk- en zorgomgeving te garanderen. Registratie gebeurt soms ook, maar dit is geen standaard procedure.

79.

Wat zijn de verwachte kosten van de corona-aanpak, als scenario 2 uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» uitkomt?

Zie het antwoord onder vraag 76.

80.

Waarom worden in de brief de gemelde bijwerkingen van vaccinatie via Lareb niet genoemd?

In een eerdere fase van de vaccinatiecampagne werd in de brieven inzake de stand van zaken COVID-19 een samenvatting van de meldingen die bij het Lareb zijn gedaan opgenomen. Vanwege de stabilisatie van de berichtgeving wordt dit niet langer gedaan, tenzij er een nieuwe/niet eerder bekende (ernstige) bijwerking wordt gemeld of een bijwerking officieel wordt toegevoegd aan de bijsluiter na onderzoek door het Europees Medicijnagentschap (EMA).

Bijwerkingen van vaccinaties worden vermeld in de bijsluiter van het vaccin. De bijsluiter is onder andere te vinden via de website van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Bijwerkingencentrum Lareb monitort alle meldingen van (mogelijke) bijwerkingen en rapporteert periodiek over de bevindingen. Dit gebeurt voornamelijk via de eigen website [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) waar deze informatie voor iedereen toegankelijk is. Elke twee weken is er een update met de meest recente stand van zaken. Alle binnengekomen meldingen van vermoede bijwerkingen na COVID-19 vaccinatie zijn te vinden op [www.lareb.nl/coronameldingen](http://www.lareb.nl/coronameldingen).

Het is goed om op te merken dat een gemelde bijwerking niet altijd door het vaccin veroorzaakt hoeft te zijn. Klachten of aandoeningen kunnen ook door een andere oorzaak na de vaccinatie zijn ontstaan. Het Lareb doet daarom verder onderzoek naar de meldingen die het ontvangt. In overleg met het CBG en in EU-verband (via het geneesmiddelenbewakingscomité van het Europees Medicijnagentschap wordt nader bekeken welke meldingen ook daadwerkelijk bijwerkingen van het vaccin zijn).

81.

Wat zijn de verwachte kosten van de corona-aanpak, als scenario 3 uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» uitkomt?

Zie het antwoord onder vraag 76.

82.

Worden bijwerkingen van vaccinatie meegenomen bij de lange termijn aanpak voor COVID-19?

Bijwerkingen van vaccins worden nauwgezet gevolgd door het EMA en in Nederland door Bijwerkingencentrum Lareb. De Gezondheidsraad gebruikt deze informatie voor adviezen over de eventuele inzet van een vaccin voor een specifieke doelgroep. Ook kan deze informatie worden gebruikt voor de advisering over de vaccinatiestrategie op de langere termijn.

83.

Wat zijn de verwachte kosten van de corona-aanpak, als scenario 4 uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» uitkomt?

Zie het antwoord onder vraag 76.

84.

Wat zijn de verwachte kosten van de corona-aanpak, als scenario 5 uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» uitkomt?

Zie het antwoord onder vraag 76.

85.

Wat zijn de verwachte kosten waar rekening mee wordt gehouden voor monitoring van COVID-19 de komende jaren? Hoe is dit voor de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

\*Het is (nog) niet mogelijk om een raming te geven van de verwachte kosten voor monitoring van Covid-19. Verschillende activiteiten in het kader van monitoring zijn al wel in beeld:

- In 2022 is er voorsnog rekening gehouden met een budget van € 200,7 mln. voor de kosten die GGD'en maken voor zowel testen en traceren als vaccineren. Daarnaast is er in elk geval rekening gehouden met een budget van € 195 mln. voor de GGD GHOR (incl. kosten CoronIT en excl. vaccineren).
- Reguliere labanalyse wordt gefaciliteerd door de Dienst Testen en daar heb ik op mijn begroting voor een deel van 2022 een budget van € 743 mln. voor gealloceerd.
- Ook het RIVM verzorgt een belangrijk deel van de monitoring. Het RIVM is verantwoordelijk voor surveillance, laboratoriumanalyse ten behoeve van de surveillance, rioolwatersurveillance, immuunsurveillance en verschillende studies i.r.t. monitoring van Covid-19. Voor 2021 en 2022 is een additioneel budget beschikbaar gesteld voor kiemsurveillance. Het gaat hier om een bedrag van € 17 mln. De overige activiteiten zijn voor een groot deel opgenomen in programma 19. Programma 19 betreft een integraal pakket, waarin alle onderdelen die nodig zijn voor de bestrijding van Covid-19 samenkomen. Voor 2022 wordt hiervoor nog een volledig budget beschikbaar gesteld.
- Bij mogelijke bijstellingen van budgetten voor monitoring van Covid-19 zal ik uw Kamer inlichten middels een incidentele suppletoire begroting.

\*De scenario's, zoals opgenomen in het WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden», zijn gebaseerd op een aantal algemene uitgangspunten. Denk aan de beschikbaarheid van vaccins, mutatie en/of herintroductie van het virus en het gedrag van mensen en de impact daarvan op de zorg en de samenleving. Er wordt



niet specifiek ingegaan op de kosten voor monitoring in de komende jaren als gevolg van COVID-19.

86.

Wat zijn de verwachte kosten waar rekening mee wordt gehouden voor vaccinaties tegen COVID-19 de komende jaren? Hoe is dit voor de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

De verwachte kosten zijn niet gebaseerd op de KNAW-scenario's maar op basis van de gegevens van het afgelopen jaar en de benodigde inzet die nodig is voor de uitvoering van de boostervaccinatie.

De situatie en het vervolg is afhankelijk van de ontwikkeling van het virus zelf en het beschermings- en besmettingsniveau waarbij de benodigde uitvoering richting geeft aan de verwachte uitvoering.

De scenario's zoals opgenomen in het WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» zijn gebaseerd op een aantal algemene uitgangspunten zoals de beschikbaarheid van vaccins; mutatie en/of herintroductie van het virus en het gedrag van mensen en de impact daarvan op de zorg en de samenleving. Er wordt niet specifiek ingegaan op de kosten voor vaccinatie in de komende jaren als gevolg van COVID-19.

87.

Hoeveel ziekenhuisopnames en IC-opnames zou de zorg aankunnen tijdens de endemische fase?

Als het Coronavirus onder controle en nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg in Nederland, is de epidemie voorbij. We komen dan in de «endemische fase». Er zal dan weer sprake zijn van een situatie vergelijkbaar aan de periode voor de Coronapandemie.

88.

Hoeveel ziekenhuisopnames en IC-opnames worden er verwacht in de endemische fase? Wat zijn hierbij de verschillen tussen de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

Zoals in het antwoord op vraag 4 aangegeven is het per definitie nodig om een keuze te maken over wat wij in Nederland een aanvaardbare belasting van de zorg vinden in de endemische fase. U kunt zich voorstellen dat de cijfers die voor influenza gelden ook voor COVID-19 zouden kunnen gelden. Alleen de scenario's «Griep +» en «Externe dreiging» zijn uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» als endemische fase te karakteriseren. Voor de verschillende scenario's worden in het advies geen specifieke aantallen genoemd. Het is dan ook niet bekend hoeveel ziekenhuisopnames en IC-opnames er worden verwacht in de endemische fase.

89.

Met welke permanente extra belasting voor de GGD'en wordt er rekening gehouden als gevolg van COVID-19? Wat zijn hierbij de verschillen tussen de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

Momenteel speelt de GGD een grote rol in de bestrijding van het coronavirus bij zowel testen als vaccineren. Het is nog niet te zeggen wat de impact voor de GGD'en zal zijn op de lange termijn omdat die afhankelijk is van de ontwikkeling van de pandemische situatie en de inzet van de GGD'en hierbij. Zij doen dit in goed overleg met het RIVM en VWS.

Daar waar het nodig is zullen zij opschalen en zich inspannen om het vaccinatieproces zo goed mogelijk te laten verlopen. Dit gebeurt ongeacht welk scenario zich afspeelt.

Voor de blijvende monitoring en surveillance, het testen en traceren en de vaccinatie van COVID-19 wordt in ieder geval voor 2022 rekening gehouden met extra werk voor de GGD. Ik heb u bij de brief «aanbieding OMT Advies en Kabinetsreactie» van 12 oktober jl. de roadmap testen, traceren en vaccineren doen toekomen. Voor de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» wordt geen specifieke extra belasting voor GGD'en benoemd.

90.

Met welke permanente extra belasting voor de huisartsen wordt er rekening gehouden als gevolg van COVID-19? Wat zijn hierbij de verschillen tussen de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

COVID-19 is een nieuwe infectieziekte die effect heeft op de belasting van huisartsen. Hoe groot deze belasting is en op de lange termijn zal zijn, is niet bekend. Voor de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» wordt geen specifieke extra belasting voor huisartsen benoemd.

91.

Welke permanente impact zal COVID-19 naar verwachting hebben op de werkdruk in de zorg?

Met de komst van COVID-19 is er een nieuwe ziekte ontstaan die bijdraagt aan de stijging van de zorgvraag. De lange-termijn-effecten van deze hogere zorgvraag op de werkdruk in de zorg is niet bekend. We zien dat in het voorjaar van 2021 het aandeel werknemers in zorg en welzijn dat een te hoge werkdruk ervaart met 43% hoog is (bron: CBS, AZW werknemers-enquête). Dit percentage is niet hoger dan voor de intrede van COVID-19; in het voorjaar van 2019 gaf 44% aan een te hoge werkdruk te ervaren. Tijdens de COVID-periode geeft de werkdruk in de zorg een onevenredig beeld. Voor een deel van de zorgprofessionals geldt dat de werkdruk is toegenomen als gevolg van COVID-19, bijvoorbeeld op de IC's. In andere delen van de zorg is de werkdruk de afgelopen periode lager, bijvoorbeeld omdat er minder zorg is verleend. Wel is het verzuim met COVID-19 toegenomen. In het tweede kwartaal van 2020 was het verzuim 6,1% en in 2021 was dit 6,5%. Hiermee is het verzuim hoger dan in het pre-corona jaar 2019 toen het verzuim 5,7% was. Dit heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met zowel corona-besmettingen van werknemers zelf, als met de extra psychosociale belasting als gevolg van corona. Ondanks de bijzondere omstandigheden is een groot deel van de medewerkers in de zorg in het voorjaar van 2021 tevreden over hun werk, namelijk 81%. Eind 2019 was dat 78%.

Om de werkdruk in zorg en welzijn te verlagen is het van belang dat er voldoende zorgpersoneel is. Met het Actieprogramma Werken in de Zorg is de afgelopen kabinetsperiode de sector ondersteund om medewerkers te werven, te scholen en te behouden. Ook de komende jaren blijft inzet op deze thema's van belang. Het kabinet heeft daarom bij de begroting van 2021 besloten om structureel middelen beschikbaar te stellen, oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023.

92.

Hoe groot zal naar verwachting de permanente impact van COVID-19 op de belasting van huisartsen, GGD'en en ziekenhuizen zijn in vergelijking met de impact van influenza?

Met de komst van COVID-19 is er een nieuwe infectieziekte ontstaan die effect heeft op de belasting van huisartsen, GGD'en en ziekenhuizen. Hoe groot deze belasting op de lange termijn zal zijn en of deze impact vergelijkbaar is met de impact van influenza, is op dit moment niet bekend.

93.

Hoe groot zullen naar verwachting de kosten van de aanpak van COVID-19 zijn in vergelijking met de kosten van de aanpak van influenza?

Over 2021 zien we wel een groot verschil in kosten tussen de aanpak van COVID-19 en van influenza. De huidige COVID-19-vaccinatiecampagne is cruciaal in de aanpak van de epidemie, maar vraagt ook een grote inspanning van meerdere uitvoerende partijen en brengt extra kosten met zich mee onder meer vanwege de spoed en het nog incidentele karakter. Het Nationaal Programma Grieppreventie is gericht op een veel kleinere doelgroep dan die van de COVID-vaccinatiecampagne en wordt al langere tijd (structureel) aangeboden, waardoor de kosten lager kunnen liggen.

94.

Hoeveel mensen zullen er naar verwachting jaarlijks overlijden aan COVID-19 in de endemische fase? Wat zijn hierbij de verschillen tussen de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

Zoals in het antwoord op vraag 4 aangegeven is het per definitie nodig om een keuze te maken over wat wij in Nederland aanvaardbaar vinden in de endemische fase. Het is onmogelijk om nu een specifieke inschatting te maken van hoeveel mensen er naar verwachting jaarlijks aan COVID-19 overlijden in de endemische fase.

De scenario's zoals opgenomen in het WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» zijn gebaseerd op een aantal algemene uitgangspunten zoals de beschikbaarheid van vaccins; mutatie en/of herintroductie van het virus en het gedrag van mensen en de impact daarvan op de zorg en de samenleving. Er wordt niet specifiek ingegaan op de verwachte aantal sterfgevallen in de endemische fase.

95.

Verwacht u dat er een permanente uitbreiding nodig zal zijn van de IC-capaciteit als gevolg van COVID-19? Zo ja, hoeveel IC-plaatsen zouden erbij moeten komen?

Ik heb het LNAZ gevraagd te verkennen of de Covid-zorg ten tijde van een piekbelasting op de IC en in de kliniek anders ingericht kan worden. Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en in de begeleidende brief van 1 november 2021 aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen nog genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen.

Voor de langere termijn werken we aan bouwstenen over de crisisbestendigheid van de zorg, inclusief vraagstukken over zorgcapaciteit. Hiervoor

moeten we de nodige geleerde lessen ophalen en deze vervolgens uitwerken, samen met betrokken partijen. In de beleidsagenda pandemische paraatheid die ik in december aan uw Kamer stuur, ga ik hier nader op in. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

96.

Wat is de kans op welke bijwerkingen van vaccinaties voor jongeren tot en met achttien jaar?

De meeste jongeren van 12 tot 18 jaar in Nederland krijgen het vaccin van BioNTech/Pfizer. Jongeren op Saba en Sint Eustatius kunnen ook het Moderna-vaccin krijgen. Beide vaccins zijn goedgekeurd voor deze leeftijdsgroep. De meeste bijwerkingen van deze vaccins zijn niet ernstig en kortdurend van aard. Het gaat bijvoorbeeld om tijdelijke lokale symptomen zoals pijn, roodheid en zwelling op de plek van de injectie en systemische reacties zoals koorts, vermoeidheid, spierpijn en hoofdpijn. De meest voorkomende symptomen en reacties bij adolescenten die klachten rapporteren zijn pijn op de plaats van de injectie (>90%), vermoeidheid en hoofdpijn (>70%) en spierpijn en rillingen (>40%). De bijwerkingen treden vaker op na de tweede dosis. Koorts kwam na de eerste dosis voor bij 10% van de gevaccineerden en na de tweede dosis bij 20%.

Daarnaast zijn er, zoals ik ook in mijn brief van 30 juli jl.<sup>16</sup> heb aangegeven, na vaccinatie met mRNA-vaccins meldingen van myocarditis en/of pericarditis. Zowel de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) als het EMA geven aan dat het risico op myocarditis en/of pericarditis klein is, maar verhoogd lijkt te zijn na vaccinatie met de vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna. Het gaat om klachten die doorgaans mild verlopen en goed behandeld kunnen worden, waarmee volgens de FDA en het EMA de voordelen van vaccinatie opwegen tegen de eventuele nadelen.

Voor verdere informatie over bijwerkingen verwijs ik u naar de website van het Lareb.

97.

Welke maatregelen blijven er naar verwachting de komende jaren nog nodig? Zijn hierbij nog verschillen tussen de verschillende scenario's uit het gezamenlijk WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden»?

De vraag welke maatregelen de komende jaren nog nodig zijn, is nu niet te beantwoorden.

De scenario's zoals opgenomen in het WRR- en KNAW-advies «Navigeren en anticiperen in onzekere tijden» zijn gebaseerd op een aantal algemene uitgangspunten zoals de beschikbaarheid van vaccins; mutatie en/of herintroductie van het virus en ook het gedrag van mensen waarbij onder andere een inschatting wordt gemaakt of mensen bereidheid zijn om maatregelen na te leven. Er wordt in het advies niet op specifieke (contactbeperkende) maatregelen ingegaan zoals afstand houden of het dragen van mondkapjes.

98.

Welke aanpassingen zouden nodig zijn aan de Wet publieke gezondheid om COVID-19 in de endemische fase het hoofd te kunnen bieden, zonder dat de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 noodzakelijk blijft? Kunt u hierbij ingaan op de uitvoering van de aangenomen motie van het lid Hijink (Kamerstuk 35 526, nr. 45)?

<sup>16</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1390

Het is op dit moment niet te voorspellen wanneer de endemische fase van covid-19 aan de orde is en welke maatregelen daarvoor naast de bestaande maatregelen op grond van de Wpg nodig kunnen zijn. Zoals hiervoor aangegeven bij vraag 54 en 55 wordt uw Kamer voor de kerst geïnformeerd over hoe omgegaan zal worden met de juridische grondslag voor de bestrijding van covid-19. Daarnaast zal op de uitvoering van de motie-Hijink, zoals aangekondigd in de Miljoenennota en ontwerpbe-groting van VWS, eind dit jaar worden ingegaan in de brief met de agenda voor de pandemische paraatheid.

99.

Wat is de huidige jaarlijkse wereldwijde productiecapaciteit van vaccins tegen COVID-19?

100.

Hoe groot zal de jaarlijkse wereldwijde productiecapaciteit van vaccins tegen COVID-19 naar verwachting zijn over zes maanden? Hoe groot zal deze zijn na twaalf maanden? Hoe groot zal deze zijn na 24 maanden?

101.

Hoeveel vaccins zijn er nodig om de volledige wereldbevolking boven de twaalf jaar te vaccineren tegen COVID-19?

De wereldwijde productie van vaccins neemt snel toe. Voor het vaccineren van 70% van de wereldbevolking zijn minimaal 11 miljard vaccindoses nodig. Eind september 2021 waren er wereldwijd al iets meer dan 6 miljard doses toegediend.

Nu de wereldwijde vaccinproductie bijna 1,5 miljard doses per maand bedraagt, is er vanuit het perspectief van de levering voldoende vaccin om de wereldwijde vaccinatiedoelstellingen te halen, op voorwaarde dat die doses eerlijk worden verdeeld.<sup>17</sup>

De bron van deze informatie is de WHO. Zoals de WHO aangeeft is de productiecapaciteit van vaccins niet de beperkende factor om de wereldbevolking te vaccineren, maar is een billijke verdeling van belang.<sup>18</sup> Het kabinet draagt zowel financieel (90 miljoen EUR aan COVAX en 50 mln EUR aan CEPI) als in natura (ten minste 27 miljoen vaccins) significant bij om deze doelstellingen te halen. Daarnaast zet het kabinet stevig in op het versterken van gezondheidssystemen en country readiness (102 miljoen EUR via o.a. WHO, GFF en GFATM) om te zorgen dat de pandemie bestreden wordt, maar ook om de reguliere zorg in stand te houden en beter voorbereid te zijn op toekomstige pandemieën.

102.

Hoeveel vaccins zouden er naar schatting nodig zijn om iedereen in de wereld die dat wil te vaccineren tegen COVID-19?

De WHO stelt dat voor het vaccineren van 70% van de wereldbevolking minimaal 11 miljard vaccindoses nodig zijn.<sup>19</sup> Voor volledige dekking van de wereldbevolking inclusief kinderen zijn naar schatting 16,2 miljard doses nodig.<sup>20</sup>

103.

Hoeveel vaccins zouden er jaarlijks nodig zijn om de volledige wereldbevolking boven de twaalf jaar jaarlijks een boostervaccinatie te geven?

De WHO schat dat in het scenario van volledig vaccineren van adolescenten (10–19) en volwassenen in 2021–22 inclusief een jaarlijkse booster

<sup>17</sup> WHO (2021) Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022.

<sup>18</sup> WHO (2021) WHO director general's address at the World Health Summit

<sup>19</sup> WHO (2021) WHO, UN set out steps to meet world COVID vaccination targets

<sup>20</sup> WHO (2021) Global COVID-19 Vaccination Strategic Vision for 2022. Technical Document

in 2021 en 2022, er 7,8 tot 13,8 miljard doses nodig zijn.<sup>21</sup> De WHO stelt dat het vanuit het perspectief van een mondiale bestrijding van het virus beter is wanneer hoge inkomenslanden pas kiezen voor het vaccineren van jongeren van 12–18 en het opzetten van grootschalige booster vaccinatiecampagnes, nadat de meest kwetsbare mensen in lage inkomenslanden gevaccineerd zijn.

Op dit moment heeft 49.9% van de wereldbevolking ten minste 1 vaccinatie gehad. In sommige landen is het minder dan 1% (bijvoorbeeld Congo, Haiti).<sup>22</sup> Om het virus te bestrijden is het van groot belang dat in september 2022 wereldwijd 70% van de volwassenen gevaccineerd is (doelstelling WHO). Een eerlijke verdeling van de beschikbare vaccins is cruciaal in een strategische aanpak van de pandemie en het kunnen hervatten van de wereldeconomie.

104.

Hoe lang verwacht u dat de coronatoegangsbewijzen nog noodzakelijk zullen zijn binnen Nederland?

De CTB's worden alleen ingezet als dat epidemiologisch noodzakelijk is, zie ook het antwoord op vraag 47.

105.

Hoe lang verwacht u dat het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC) nog noodzakelijk zal zijn om internationaal te reizen?

Het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC) maakt het mogelijk om, op een verantwoorde manier, weer vrij te kunnen reizen binnen de Europese Unie en tussen de EU en derde landen die zijn aangesloten op het DCC-systeem via de DCC-equivalentieprocedure.

De uitgifte van DCC's wordt geregeld in de verordening betreffende het Europees digitaal coronacertificaat. Uiterlijk op 31 maart 2022 dient de Commissie bij het Europees Parlement en de Raad een verslag in over de toepassing van de verordening. Het verslag kan vergezeld gaan van wetgevingsvoorstellen, met name om de toepassingsperiode van deze verordening te verlengen, rekening houdend met de ontwikkeling van de epidemiologische situatie betreffende de COVID-19-pandemie. De uitgifte van DCC's blijft noodzakelijk zolang landen het DCC als inreismaatregel verplichten.

In welke gevallen het DCC wordt gevraagd aan inreizigers is aan de lidstaten zelf. Dit wordt niet geregeld in de Europese verordening. Wel zijn hier Europese afspraken over gemaakt in Raadsaanbeveling 2020/1475. Voor Nederland geldt dat de huidige epidemiologische situatie in Nederland, maar ook in het buitenland, reden vormt om voorlopig vast te houden aan het DCC bij inreizen uit aangewezen hoogrisicogebieden. Bij een te hoge besmettingsgraad in Nederland bestaat het risico op acute druk op de ziekenhuiszorg en de IC's. Om dat risico te verkleinen, acht ik het van belang om het DCC voor reizen in stand te houden zolang de epidemiologische situatie binnen Europa daar om vraagt.

106.

Maakt de aanwezigheid van COVID-19 in Nederland een hogere opkomst bij de jaarlijkse griep prik noodzakelijk? Zo ja, welke acties worden er ondernomen om deze hogere opkomst te bereiken?

<sup>21</sup> WHO (2021) Global COVID-19 Vaccination Strategic Vision for 2022. Technical Document

<sup>22</sup> New York Times, World Covid Vaccination Tracker, Covid World Vaccination Tracker – The New York Times (nytimes.com)

De aanwezigheid van COVID-19 kan in combinatie met een griepgolf tot extra druk op de zorg leiden. Afgelopen winter hadden we vanwege de toen geldende maatregelen weinig contact met anderen en is er geen sprake geweest van een griepepidemie. Hoe het komende winter gaat, is moeilijk te voorspellen. Er is kans op een zwaardere griepgolf. Als we dan ook nog met corona te maken hebben, kunnen veel mensen ziek worden. Vorig jaar zagen we een toegenomen vraag naar griepvaccins. Om te zorgen dat iedereen, die dat wil, een griepvaccin kan krijgen, hebben we meer griepvaccins ingekocht dit jaar. Als meer mensen beschermd zijn tegen griep, kan dit bijdragen aan een verminderde druk op de zorg. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad in september geadviseerd de doelgroep van de grieprik uit te breiden met onder andere zwangeren vanaf 22 weken zwangerschap en mensen met ernstig overgewicht. Ook deze nieuwe groepen kunnen zich dit jaar beschermen tegen de griep als zij dat willen. Zij krijgen nog niet automatisch een uitnodiging, maar kunnen zich dit najaar zelf melden bij hun huisarts. Daarnaast wordt ook ingezet op communicatie om het belang van de grieprik onder de doelgroep te benadrukken. Personen uit de doelgroepen ontvangen van de huisarts een persoonlijke uitnodiging met informatie over de griepvaccinatie. Daarnaast besteedt het RIVM op haar website en via social media aandacht aan het belang van de grieprik. Om eventuele twijfelaars over de streep te trekken is er dit jaar op de website van het RIVM extra verdiepende informatie te vinden over vaccinsamenstelling en werking. Ook worden huis-aan-huis bladen gevraagd aandacht te besteden aan de grieprik. De nieuwe doelgroepen, die door de Gezondheidsraad zijn benoemd, zijn onder andere via patiëntenorganisaties en platforms geïnformeerd over de mogelijkheid, die zij hebben om dit najaar ook de griepvaccinatie te ontvangen.

107.

Hoeveel mensen zullen er naar verwachting nog te maken krijgen met long COVID?

Het aantal mensen dat te maken krijgt met long COVID is mede afhankelijk van het totaal aantal mensen dat COVID-19 gaat oplopen. Wanneer het aantal besmettingen laag blijft, zal ook het aantal mensen dat Long COVID klachten ontwikkelt beperkt zijn. Het is daarnaast nog onduidelijk hoeveel mensen na de acute fase van COVID-19 daadwerkelijk geconfronteerd worden met aanhoudende klachten oftewel Long COVID. Ook in de internationale literatuur is hier nog geen eenduidig beeld over. Om een beter beeld te krijgen van het aantal mensen met long COVID worden onderzoeken verricht door het RIVM en het Nivel, laatstgenoemde met subsidie vanuit ZonMw. De eerste resultaten van het RIVM-onderzoek worden verwacht in het eerste kwartaal van 2022. Naar verwachting kan het Nivel begin april 2022 rapporteren over het onderzoek naar de aard en omvang klachten.

108.

Welke acties worden er ondernomen om long COVID-patiënten op de lange termijn te ondersteunen?

In de Kamerbrief d.d. 20 september 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1453) heb ik aangegeven welke activiteiten en inzet het kabinet pleegt, gericht op onderzoek, het ondersteuningsaanbod en ondersteuning bij werk. Deze activiteiten zullen patiënten ook op de langere termijn ondersteunen. In het kader van onderzoek naar de aanhoudende klachten en effectieve herstellzorg heb ik € 7,8 miljoen beschikbaar gesteld voor onderzoek via ZonMw. Zo wordt er momenteel gewerkt aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn COVID-19 nazorg. Voor een goed ondersteuningsaanbod is C-support de opdracht gegeven om patiënten te onder-

steunen met de aandacht voor de nazorg, en is de tijdelijke regeling paramedische zorg verlengd tot 1 augustus 2022. Ik spreek met patiënten- en gehandicaptenorganisaties over de extra ondersteuning van mensen met long COVID om versnippering tegen te gaan en lotgenotencontact meer te centraliseren en te verbeteren. Ook is er vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid extra inspanning op het gebied van ondersteuning bij werk, zoals de subsidie voor het programma «COVID-19 en werk» van de Stichting Centrum Werk Gezondheid (CWG).

109.

Wanneer kan 85,6% van de volwassenen volledig gevaccineerd zijn, aangezien 85,6% deels is gevaccineerd en 81,7% volledig is gevaccineerd? Hoe zit het met de vaccinatiegraad voor de twaalf tot achttienjarigen?

Op dit moment is van de 18-jarigen en ouder 88,3% deels gevaccineerd en 84,7% volledig gevaccineerd. Van de groep 12 jaar en ouder is op dit moment 86,4% deels gevaccineerd, en 82,7% volledig gevaccineerd (bron: RIVM). Het grootste gedeelte van het huidige verschil tussen deels gevaccineerd en volledig gevaccineerd wordt verklaard door de tussenperiode tussen de twee prikken. Momenteel worden de meeste mensen geprikt met het vaccin van BioNTech/Pfizer. De tweede prik wordt gemiddeld 28 dagen na de eerste prik gezet.

De afgelopen weken is nog steeds een stijging zichtbaar van de opkomst en de vaccinatiegraad. Nog elke dag zijn er mensen die hun eerste prik halen. Op basis van gegevens van het RIVM verwachten we dat in december 2021 de 85,6% van volwassenen volledig zal zijn gevaccineerd.

110.

Wat wordt er verstaan onder een «acceptabele belastbaarheid van de zorg»? Naar welke concrete punten wordt hierbij gekeken?

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

Het kabinet neemt vervolgens op basis van de wekelijkse duiding door het RIVM, een OMT-advies, SME-doelen en contextfactoren een besluit over de (continuering van de) dan geldende maatregelen. Contextfactoren zijn bijvoorbeeld de hoogte en heterogeniteit van de immuniteit, de bedbezetting op de IC, de hevigheid van de griepgolf, de druk op de zorgketen en de maatschappelijke en economische context. Hierbij wordt getoetst op een proportionele inzet van de maatregelen in verhouding tot de druk op de zorg<sup>23</sup>.

111.

Kunt u zich vinden in de constatering dat het correct is om vast te stellen dat de corona-epidemie voorbij is, zodat het onterecht is om mogelijke oplevingen van corona-uitbraken in de toekomst nog als epidemie te benoemen, daar het immers de nasleep van de epidemie betreft?

Wanneer er sprake is van een beheersbaar virus, lage, tot geen, druk op de zorg en de bestrijding van het coronavirus plaats heeft aan de hand van de reguliere infectieziektenbestrijding kunnen we stellen dat we in

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1464



situatie zijn aangekomen waarin corona endemisch is, en we de epidemie, met de uitbraken alsook hoge druk op de zorg die daar bij hoort, voorbij is.

112.

Hoe zijn de zevendaagse en veertiendaagse gemiddelde cijfers voor ziekenhuis- en IC-opname? Hoe moeten deze gezien worden in relatie tot de criteria voor inzet van coronatoegangsbewijzen?

Met de aanpak najaar, waarover de Kamer 14 september<sup>24</sup> en 12 oktober<sup>25</sup> jl. is geïnformeerd, is een nieuwe landelijke inschalingssystematiek gepresenteerd. Daarbij geldt dat door middel van een risiconiveau uitdrukking wordt gegeven aan de druk op de zorg door patiënten met COVID-19. Welk risiconiveau (waakzaam, zorgelijk of ernstig) hiervoor geldt, hangt af van het 7-daagsgemiddelde van het aantal ziekenhuisopnames of het aantal IC-opnames<sup>26</sup>. Het 14-daagsgemiddelde wordt hiervoor niet gebruikt. De inschaling vindt wekelijks plaats en geeft de kwantitatieve druk op de zorg door patiënten met COVID-19 aan. Op basis van de signaalwaarden voor het 7-daagsgemiddelde ziekenhuis- en IC-opnames, zijn we sinds 2 november ingeschaald in risiconiveau «ernstig».

De aanpak najaar geeft vervolgens aan welke maatregelen in welk risiconiveau in beginsel passend zouden kunnen zijn. Het kabinet neemt per risiconiveau hooguit de maatregelen die vanaf dat risiconiveau als optioneel gelden. Op basis van de wekelijkse duiding door het RIVM, een OMT-advies, SME-doelen en contextfactoren kan het kabinet hier gemotiveerd van afwijken en een ander besluit nemen over de (continuering van de) dan geldende maatregelen, zoals coronatoegangsbewijzen. Contextfactoren zijn bijvoorbeeld de hoogte en heterogeniteit van de immuniteit, de bedbezetting op de IC, de hevigheid van de griepgolf en de maatschappelijke en economische context. Hierbij wordt getoetst op een proportionele inzet van de maatregelen in verhouding tot de druk op de zorg.

In de risiconiveaus zorgelijk en ernstig is het gebruik van coronatoegangsbewijzen opgenomen als maatregel in de aanpak najaar. In risiconiveau waakzaam is de mogelijkheid van regionale maatregelen opgenomen waar coronatoegangsbewijzen toe kunnen behoren. Het niveau waakzaam wordt bereikt als het zevendaags gemiddelde van de ziekenhuisopnames per dag lager zijn dan 40 en van de IC opnames lager zijn dan 10 per dag. De waarden over de periode 3 – 9 november is 173 voor de ziekenhuisopnames en 28,9 voor de IC-opnames.

Voor de ontwikkeling van de zevendaagse gemiddelde ziekenhuis- en IC opnames verwijst ik naar [coronadashboard.rijksoverheid.nl](https://coronadashboard.rijksoverheid.nl).

113.

Hoe groot is de groep die wel gevaccineerd is, maar bij wie het vaccin niet goed werkt? Wat zijn de redenen dat het niet goed werkt? Hoe groot is de groep die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden?

Uit berekeningen van het RIVM blijkt dat de vaccins voor 94% beschermen tegen ziekenhuisopname en voor 97% tegen opname op de IC. Dit betekent dat ongeveer 6% van de gevaccineerden nog wel kans heeft om ernstig ziek te worden door het coronavirus. Dit zijn mensen die geen of een verminderde antistofrespons opbouwen. Een deel van deze groep mensen heeft een ernstig verzwakt immuunsysteem vanwege een

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422

<sup>25</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1464

<sup>26</sup> Stichting NICE via het RIVM. Inschaling is op basis van het 7-daagsgemiddelde ziekenhuisopnames van en het 7-daagsgemiddelde IC-opnames.

specifieke aandoening of afweeronderdrukkende behandeling. In Nederland bestaat deze groep uit circa 250.000 mensen. Het gaat hier om patiënten vanaf 12 jaar, die onder behandeling zijn bij een medisch specialist. Voor specifieke redenen en aandoeningen verwijs ik u naar de website van het RIVM. Daarnaast is er ook een groep mensen bij wie een vaccinatie niet aanslaat. Dit is ook het geval bij andere vaccinaties. Wat daarvan de oorzaak is, is niet altijd duidelijk. Het is ook niet te voorspellen om welke mensen het gaat. Het is nog niet mogelijk om op een betrouwbare manier te meten of iemand voldoende afweer heeft opgebouwd, omdat hier nog geen goede testen voor beschikbaar zijn. De groep mensen die zich om medische redenen niet kan laten vaccineren, is zeer klein. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die een zeer zeldzame bijwerking hebben gekregen na vaccinatie met het AstraZeneca- of Janssen-vaccin. Daarnaast zijn er mogelijk nog specifieke ziektes zijn waar een medisch specialist adviseert om niet te vaccineren. Op dit moment is voor deze selecte groep mensen een volledige vaccinatie uitgesloten. Mensen met een allergische reactie na de eerste dosis, of bij een bekende allergie voor één van de bestanddelen van de vaccins, kunnen zich melden bij de huisarts. In de meeste gevallen is het mogelijk om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen.

114.

Welke oplossingen zijn er om de groep bij wie het vaccin niet goed werkt en die om medische redenen niet gevaccineerd kan worden als het gaat om de coronatoegangsbewijzen (naast testen)? Hoe is dit in andere EU-landen waar gewerkt wordt met toegangsbewijzen geregeld?

Het RIVM geeft aan dat het aantal mensen dat (nog) niet (volledig) gevaccineerd kan worden beperkt is. Voor het overgrote deel van de mensen is inmiddels een oplossing gevonden. Zo kan de groep die een allergische reactie had op de eerste vaccinatie, zich melden bij de huisarts voor een afspraak om onder begeleiding van een allergoloog alsnog een vaccinatie te ontvangen. Ook zijn er mensen die moeten wachten totdat ze gevaccineerd kunnen worden vanwege een behandeling die zij ondergaan. De verwachting is dat deze groep steeds kleiner wordt. Indien iemand om medische redenen niet gevaccineerd kan worden, kan een Coronatoegangsbewijs (Ctb) verkregen worden door middel van een negatief testbewijs of een herstelbewijs. Voor de groep mensen die zich niet kan laten testen, liep vorige maand een pilot om te bezien of hier een uitzondering voor gemaakt kan worden. Uit de pilot bleek dat dit om een kleine groep mensen gaat die lijden aan een heel breed spectrum van aandoeningen. Het is noodzakelijk om voor zowel de groep die uiteindelijk niet gevaccineerd kan worden als de groep die niet getest kan worden, oplossing gevonden wordt. Ik heb daarom de opdracht gegeven om een landelijk beoordelingsorgaan te organiseren. Zij zullen bij de beoordeling of iemand zich vanwege een medische reden niet kan laten testen of vaccineren de benodigde medische informatie en expertise ophalen. De KNMG en de GGDHOR steunen deze route. Het is vanwege bescherming van de arts-patiënt relatie onwenselijk dat de beoordeling door de behandelend arts zelf wordt afgegeven. Mede de verbrede inzet van het coronatoegangsbewijs en ook de uitbreiding met 2G onderstrepen de noodzaak van deze uitzonderingsroutes. Anderzijds is het belangrijk in ogenschouw te houden dat het vaak gaat om kwetsbare mensen voor wie een besmetting met Covid ernstige gevolgen kan hebben. In een aantal EU-landen wordt een alternatief geboden m.b.t. het toegangsbewijs wanneer iemand een contra-indicatie heeft voor een COVID-19-vaccinatie. In België is het bijvoorbeeld mogelijk om gratis PCR-testen toegestuurd te krijgen. Ik neem deze voorbeelden mee in mijn

verkenning voor een alternatieve mogelijkheid voor deze groep. Betreffende de tijdslijn, zullen deze routes pas over enkele weken operationeel zijn.

115.

Hoe wordt gekeken naar het vraagstuk rondom de bescherming van kwetsbare groepen als het gaat om gevaccineerde mensen (met toegang tot de coronapas) en het risico dat ook zij het virus nog kunnen overdragen?

Er zijn twee groepen mensen die verhoogd kwetsbaar blijven na besmetting met het coronavirus. Dat zijn:

1. Mensen met een verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19 die niet gevaccineerd zijn;
2. Mensen met een verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19 door een ernstig gestoorde afweer (vanwege onderliggende medische conditie of afweer-onderdrukkende geneesmiddelen) met onvoldoende immuunrespons op COVID-19-vaccinatie.

Voor deze groepen gelden, mede op basis van het 125<sup>e</sup> OMT-advies, aanvullende adviezen en zijn aanvullende maatregelen genomen om hen te beschermen en ondersteunen.<sup>27</sup> De basis maatregelen en beschermende maatregelen zoals de mondkapjesplicht en recent afgekondigde extra maatregelen hebben allemaal als doel om de circulatie van het virus te beperken en terug te dringen. Deze adviezen en maatregelen gelden voor iedereen. Voor de tweede groep gaat het daarnaast onder meer om verstrekking van zelftesten en medische mondneusmaskers en om ondersteuning door het Rode Kruis.

Ook de inzet van het coronatoegangsbewijs draagt eraan bij dat mensen zich op meer plekken veilig kunnen begeven, omdat iedereen op die locatie getest, genezen of gevaccineerd is. Coronatoegangsbewijzen zijn als maatregel ingevoerd om de verspreiding van het virus te beperken maar er blijft een restrisico op besmetting bestaan.

Het OMT heeft in zijn 126<sup>e</sup> 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.»*

116.

Hoe wordt de opkomst van clusters van COVID-19 uitbraken tijdig gemonitord?

De opkomst van clusters van COVID-19 wordt op twee manieren gemonitord. Ten eerste verzamelt de GGD informatie door middel van bron- en contactonderzoek (BCO). Per context (locaties waar mensen zijn geweest) kunnen meerdere COVID-19 meldingen worden gekoppeld, waarna op basis van deze informatie registraties van clusters of uitbraken kunnen worden aangemaakt. Clusters en uitbraken worden vervolgens geanonimiseerd gemeld aan het RIVM. Ten tweede ontvangt het RIVM van iedere positieve melding informatie aan de hand van een ingevulde vragenlijst. De vragenlijst bevat vragen over potentiële locaties waar besmetting heeft plaats gevonden en over contacten met andere zieke mensen. Het RIVM kan door middel van het analyseren van deze

<sup>27</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.

informatie ook clusters detecteren. Op deze twee manieren wordt een zo volledig mogelijk beeld gevormd van de aanwezige clusters.

117.

Bent u van plan om lokaal coronamaatregelen toe te gaan passen in plaats van landelijke maatregelen?

In de aanpak voor het najaar die 14 september naar uw Kamer is gestuurd, is aangegeven dat het meest realistische scenario oplevingen van het virus zal kennen. Daarbij worden er drie niveaus onderscheiden, namelijk waakzaam, zorgelijk en ernstig. Aan deze drie niveaus zijn een set van mogelijke maatregelen gekoppeld, waarbij ook de regionale inzet van maatregelen denkbaar is, zoals de regionale inzet van het CTB. Een van de lessen van vorig jaar is dat er bij de inzet van regionale maatregelen een «waterbedeffect» optreedt, waarbij mensen zich uit regio's waar maatregelen gelden, verplaatsen naar andere regio's waar er geen maatregelen gelden. Deze les zal worden betrokken bij de bestuurlijke afweging rondom de eventuele inzet van regionale maatregelen.

118.

Worden er ook maatregelen tegen verspreiding van andere respiratoire aandoeningen genomen?

Ja. Vaccineren is een belangrijke maatregel die de circulatie van respiratoire infectieziekten kan reduceren. Voor ouderen en kwetsbaren is de griep prik beschikbaar. De Gezondheidsraad heeft recent geadviseerd om de doelgroep voor de griep prik uit te breiden, de beleidsreactie hierop volgt.

Door ouderen en kwetsbaren te vaccineren tegen de griep, beperken we de druk op de zorg en voorkomen we onnodige gezondheidsschade. Ook het vaccineren van zorgpersoneel tegen de griep voorkomt besmetting van kwetsbare patiënten en onnodige uitval van zorgpersoneel. Daarnaast krijgen ouderen een pneumokokkenvaccinatie aangeboden.

Een aantal vaccinaties zoals aangeboden worden aan kinderen via het Rijksvaccinatieprogramma werken ook tegen respiratoire infecties. Tenslotte is een bijeffect van de coronamaatregelen dat deze ook helpen bij het indammen andere respiratoire infectieziekten.

119.

In hoeverre is de mondkapjesplicht nog noodzakelijk voor veerboten, rekening houdend met het feit dat de mondkapjesplicht voor het OV geldt, waaronder veerboten?

Volgens artikel 6.6. van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 is het dragen van een mondkapje verplicht in het openbaar vervoer en ander bedrijfsmatig personenvervoer. Hieronder vallen ook veerdiensten en veerponten. Gezien de huidige epidemiologische situatie adviseert het OMT in haar 128<sup>e</sup> advies om de verplichting tot het dragen van mondneusmaskers weer in te voeren in ruimtes waar men gedurende enige tijd bijeen staat in een binnenruimte, en in het OV in stations en op de perrons. Ook voor contactberoepen adviseert het OMT het gebruik van een mondneusmasker. Het kabinet heeft het advies van het OMT overgenomen en de mondkapjesplicht vanaf 6 november uitgebreid. Ook in en rond de terminals van veerdiensten is het dragen van een mondkapje weer verplicht.

120.

Wat is de stand van zaken van de verkenning van het OMT naar de vraag of het bepalen van antistoffen voor het aantonen van een doorgemaakte infectie een aanvullende bijdrage aan het CTB zou kunnen leveren?

Ik heb u de verkenning van het OMT naar de vraag of het bepalen van antistoffen voor het aantonen van een doorgemaakte infectie een aanvullende bijdrage aan het CTB zou kunnen leveren doen toekomen bij de brief «aanbieding OMT Advies en Kabinetsreactie» van 12 oktober jl.

121.

Hoe wilt u de groep mensen bereiken die volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) én kwetsbaar zijn gebleken voor sociaaleconomische gevolgen van de crisis én die verminderd bereid zijn tot vaccinatie en die dus een negatieve test nodig hebben voor een coronatoegangsbewijs?

De vaccinatie aanpak is erop gericht om iedereen die dat wil de mogelijkheid te geven een vaccinatie te halen of voor de mensen die niet mobiel zijn, thuis aan te bieden. Hierbij is het van belang dat iedereen goed geïnformeerd is en een weloverwogen besluit kan nemen. Er zijn diverse communicatiematerialen ontwikkeld, onder andere in verschillende talen en voor laaggeletterden.

De huidige aanpak voor het verder verhogen van de vaccinatiegraad kenmerkt zich door een focus op doelgroepen en een wijkgerichte en/of regionale aanpak. Dit is een proces van lange adem en niet opgeven. Communicatie, specifieke informatievoorziening en diverse andere interventies worden gericht ingezet voor achterblijvende kwetsbare groepen en/of stadswijken en regio's. Ook wordt de campagne prikken zonder afspraak, die aantoonbaar effectief is geweest, uitgebreid naar meer wijken waar de vaccinatiegraad laag is, en komt deze in elf talen beschikbaar.

Verschillende onderzoeken laten zien dat een deel van de niet gevaccineerde groep in mindere mate bereikt zal worden met interventies gericht op het wegnemen van de fysieke barrière. De focus verschuift de aankomende periode naar het wegnemen van de emotionele en sociale barrières. Interventies gericht op attenderen en informeren worden verder opgebouwd (bv. inzet van informatiebussen, sleutelfiguren en (huis)artsen). Een voorbeeld van een interventie waar deze methode goed lijkt te werken is in een ziekenhuis. 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. Zeer binnenkort worden ook in andere ziekenhuizen pop-up locaties geopend in samenwerking met de GGD.

Met betrekking tot de groep ongevaccineerden die het Corona Toegangsbewijs (CTB) moeten gebruiken wordt er verkend in hoeverre deze groep mensen behoefte hebben aan extra informatie over vaccineren. Een voorbeeld van een manier hoe deze groep te bereiken is informatie laagdrempelig aan te bieden op plekken waar mensen komen waar een CTB nodig is en mensen niet gevaccineerd zijn.

122.

Hoe groot is naar schatting de groep mensen die sociaaleconomisch het hardst door de maatregelen zijn getroffen?

We weten uit onderzoeken van onder meer het SCP en CPB dat vooral mensen met flexibele banen en lage inkomens het risico lopen om geraakt te worden door de coronacrisis. Het gaat volgens het CPB (Crisis op de arbeidsmarkt: wie zitten er in de gevarezone?, 2020) om ruim 1,5 miljoen mensen die werken zonder vast contract in 42 geraakte beroepen. Deze groep telt relatief veel studenten, jongeren, alleenstaanden en mensen

met een migratieachtergrond. Een deel van deze risicogroep zal ook daadwerkelijk te maken hebben gekregen met een inkomensterugval.

Uit onderzoek van het SCP (Een jaar met corona, 2021) blijkt dat er gemiddeld weinig achteruitgang is in inkomen van mensen in de werkzame leeftijd, maar dat er flinke onderlinge verschillen bestaan in inkomensgevolgen. Onder zelfstandigen en werklozen waren er in oktober 2020 vaker en grotere inkomensgevolgen te zien. Onderzoek van ABN AMRO (Phlippen, 2021) schat dat voor de periode maart 2020-februari 2021 16,3% van de Nederlandse werknemers, een kleine 200.000 mensen, een inkomensterugval leed van meer dan 10%.

Het kabinet heeft extra middelen uitgetrokken (in het aanvullend sociaal pakket) om mensen die in onzekerheid verkeren passende begeleiding te bieden naar nieuw werk en inkomen, deze lopen ook nog door in het laatste kwartaal van 2021. Ook biedt de krappe arbeidsmarkt kansen aan groepen die hun inkomen of werk verloren door corona.

123.

Wat wordt precies onder een identiteitscontrole verstaan, aangezien vanaf veertien jaar bij gebruik van een coronatoegangsbewijs ook de identiteit gecontroleerd dient te worden? Kan hierbij worden volstaan met een check of voorletters en geboortedag/-maand?

Bij de controle van het CTB, wordt (een deel van) de volgende informatie zichtbaar:

- De eerste letter van je voornaam en de eerste letter van je achternaam.
- Je geboortedag en geboortedatum.
- Bij de ID-controle, moet worden vastgesteld dat de gegevens van het identiteitsbewijs overeenkomen met de gegevens van het coronatoegangsbewijs. Het vragen naar de voorletters en/of geboortedag/-maand is niet voldoende, dit is te fraudegevoelig. Die gegevens moeten op het identiteitsbewijs gecontroleerd worden.

124.

Hoe wordt omgegaan met gemengde horeca, waar zowel afhaal als een paar tafeltjes zijn om te eten? Welk overleg vindt hierover plaats met de sector om tot een praktische oplossing te komen?

Bij afhaalgelegenheden, moet er sprake zijn van een gescheiden afhaal-mogelijkheid. Als de afhaalmogelijkheid niet gescheiden is van het horeca-gedeelte, is de gehele locatie CTB-plichtig. Het kabinet voert regelmatig overleg met de verschillende brancheorganisaties die de horeca vertegenwoordigen, zoals de MKB-ML, Koninklijke Horeca Nederland en de Horeca Alliantie.

125.

Welke criteria hanteert u om het verplicht gebruik van coronatoegangsbewijzen weer af te schaffen?

De «aanpak najaar» is afhankelijk van het verloop van de coronacrisis. De volgende factoren zijn bepalend voor de volgende fase: de mate van transmissieremming door vaccinatie, hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad, gedrag, introductie vanuit het buitenland door terugkerende reizigers, seizoenseffecten, de afname van antistoffen en mutaties die zich onttrekken aan immuniteitsopbouw. Als deze factoren langere tijd in de goede richting bewegen dan wordt overwogen om het coronatoegangsbewijs af te schaffen.

126.

Welke criteria hanteren andere Europese landen om het verplicht gebruik van de coronatoegangsbewijzen af te schaffen?

Het enige EU land dat een digitaal coronacertificaat heeft ingevoerd en vervolgens heeft afgeschaft voor nationaal gebruik (voor reizen is het coronacertificaat blijven gelden) is Denemarken. De voornaamste reden op basis waarvan de coronatoegangsbewijzen waren afgeschaft, was dat corona niet langer als kritieke dreiging voor de samenleving werd gezien, de basis voor een aantal bijzondere wettelijke maatregelen. De Deense overheid had aangegeven deze maatregelen niet langer dan strikt noodzakelijk aan te houden, maar ook niet te schromen om nieuwe maatregelen in te voeren indien nodig<sup>28</sup>.

Die afschaffing is tijdelijk geweest. Sinds 12 november heeft Denemarken het coronacertificaat weer ingevoerd, om de verspreiding van het virus te verminderen.

127.

Kunt u de omstandigheden schetsen waaronder u het verplicht gebruik van de coronatoegangsbewijzen afschaft?

Zie het antwoord op vraag 125.

128.

Wordt er in het kabinet nagedacht om een «2G-beleid» in te voeren, dus waarbij alleen met vaccinatie- of herstellbewijs toegang verkregen kan worden tot bepaalde voorzieningen of plaatsen?

Ja, het kabinet heeft in de brief van 12 november jl. aangekondigd wetgeving voor te bereiden om 2G mogelijk te maken.

129.

Zijn er door u toekomstscenario's opgesteld waarin uitgegaan wordt van een «2G-beleid»?

Gezien de ontwikkeling van de epidemie is het kabinet voornemens om de inzet van een 2G CTB op korte termijn mogelijk is maken. Daarmee kan worden voorzien in de mogelijkheid om, – in plaats van sectoren te sluiten-, de snelheid van de verspreiding van het virus af te remmen, de overbelasting van de zorg tegen te gaan en om kwetsbare mensen in de samenleving te beschermen.

130.

Hoe en met wie wordt gemonitord en besproken of de beschikbaar gestelde financiële middelen voor ondersteuning op toezicht en handhaving voldoende zijn?

Aangezien de financiële middelen voor ondersteuning op toezicht en handhaving aan de veiligheidsregio's zijn verstrekt wordt in overleg met het Veiligheidsberaad gemonitord en besproken of de beschikbaar gestelde middelen voldoende zijn.

131.

Hoe gaat gegarandeerd worden dat onderwijs veilig en toegankelijk is en blijft voor studenten en docenten (en hun directe omgeving) uit kwetsbare groepen?

---

<sup>28</sup> Deense Ministerie van Volksgezondheid, via: <https://sum.dk/nyheder/2021/august/the-danish-government-will-not-extend-the-categorisation-of-covid-19-as-a-disease-presenting-a-critical-threat-to-society-in-denmark>

Gedurende de gehele coronacrisis zijn de beleidsbeslissingen omtrent de coronamaatregelen in het onderwijs gemaakt op basis van de wetenschappelijke adviezen van het OMT. Veiligheid en gezondheid dienen daarbij als belangrijkste voorwaarden. De Minister van OCW heeft onderwijsinstellingen in mbo en ho opgeroepen met studenten en docenten uit kwetsbare groepen vanuit gezond verstand en wederzijds respect te komen tot passende oplossingen voor eventuele belemmeringen die worden ervaren bij het veilig geven of volgen van fysiek onderwijs. De concrete oplossingen of acties kunnen per instelling – of zelfs per opleiding of cursus – verschillen. In sommige gevallen kan hybride of blended onderwijs daarin een oplossing bieden, maar in andere gevallen kan het ook zijn dat andere oplossingen worden gezocht om het veiligheidsgevoel voor deze studenten of docenten fysiek op locatie te vergroten.

132.

Hoe reëel wordt het ontstaan van een immuniteits-doorbrekende variant geacht op basis van het bestaande risico dat gevaccineerde mensen het virus ook nog kunnen doorgeven en oplopen, en zij nu weer in grotere mate met elkaar in contact kunnen komen?

Van virussen is bekend dat ze vaak veranderen. Van het coronavirus zijn al duizenden varianten. Het ontstaan van varianten kan overal ter wereld plaatsvinden. Het is zeker denkbaar dat er een variant ontstaat die geheel of gedeeltelijk ontsnapt aan de werking van vaccins. Het is onbekend hoe groot het risico is dat er varianten ontstaan die helemaal ontsnappen aan de immuniteit door vaccinaties.

133.

Kunt u duidelijkheid geven over de vaccinatiegraad, die in deze brief op 80 procent wordt gesteld onder volwassenen, en of de gezaghebbende bron het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is en blijft, nu er in het publieke debat wordt geschermd met verschillende percentages op grond van verschillende bronnen?

Het RIVM is de gezaghebbende bron als het gaat om het monitoren en registreren van het aantal gezette prikken en de vaccinatiegraad. In zijn weekrapportage publiceert het RIVM de opkomst en vaccinatiegraad van de groep 12 jaar en ouder en de groep 18 jaar en ouder, alsmede de opkomst en vaccinatiegraad per leeftijdscohort. Momenteel (17 november) is de vaccinatiegraad 84,4% voor de groep 18 jaar en ouder en 82,4% voor de groep 12 jaar en ouder. Mensen die één prik hebben gehad na doorgemaakte COVID-19 worden meegeteld bij de vaccinatiegraad voor volledige vaccinatie. Deze cijfers levert het RIVM ook aan bij het Coronadashboard.

Een veel aangehaalde bron zijn de cijfers van het Europese Centrum voor ziektepreventie- en bestrijding (ECDC). De gegevens die ECDC gebruikt worden aangeleverd door het RIVM. Op de ECDC-website wordt het aantal gezette eerste en tweede prikken getoond. Het ECDC- vaccinatiegraadcijfer kent een lichte onderrapportage omdat ECDC de mensen die 1 prik hebben gekregen na doorgemaakte COVID-19 nog niet opneemt in zijn rapportage.

134.

Is er een scenario dat als uitgangspunt voorziet in de constatering dat de epidemie feitelijk voorbij is en de fase van de nasleep is aangebroken, zodat alle maatregelen kunnen worden afgeschaald en de samenleving het «oude normaal» kan hervatten?



Ja, we bevinden ons dan in het scenario waarin covid-19 endemisch is. Er is in die endemische fase sprake van een beheersbaar virus, lage, tot geen, druk op de zorg en de bestrijding vindt plaats door reguliere infectieziektebestrijding.

135.

In welk van de drie scenario's zitten we op dit moment?

Momenteel bevinden we ons in het scenario waarbij we uitgaan van oplevingen van het virus. Door een toenemende vaccinatiegraad is het virus meer beheersbaar geworden, maar de kans op oplevingen is reëel. De inzet op monitoren, testen en traceren en vaccineren blijft onverminderd van belang. In aanvulling hierop kunnen extra maatregelen noodzakelijk zijn om de druk op de zorg beheersbaar te houden.

136.

Wordt er op basis van het geconstateerde risico voor groepen die zich niet kunnen laten vaccineren en mensen die onvoldoende antistoffen maken overwogen om, naast het actief beroep doen, ook nog aanvullende maatregelen te treffen in bijvoorbeeld supermarkten?

Voor deze groepen gelden, mede op basis van het 125<sup>e</sup> OMT-advies, aanvullende adviezen en zijn aanvullende maatregelen genomen om hen te beschermen en ondersteunen.<sup>29</sup> Het gaat daarbij onder meer om verstrekking van zelftesten en medische mondneusmaskers, en om ondersteuning door het Rode Kruis.

Het epidemiologisch beeld is ernstig. De besmettingscijfers nemen toe en daarmee ook de druk op de zorg. Daarom heeft het kabinet op 2 november jl. nieuwe maatregelen aangekondigd, mede op basis van het 128<sup>e</sup> OMT-advies. Vanaf 6 november geldt er bijvoorbeeld weer een mondkapjesplicht in de detailhandel.

137.

Kan een nadere onderbouwing worden gegeven van het aantal mensen dat naar schatting natuurlijke immuniteit heeft opgebouwd alsmede een onderverdeling in het aantal van 1,8 miljoen mensen die geen immuniteit hebben opgebouwd naar leeftijd en naar degenen die vanwege medische redenen hoe dan ook geen immuniteit zullen opbouwen?

In het advies naar aanleiding van het 129<sup>e</sup> OMT advies heeft het OMT een update gegeven van deze cijfers. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, komen zij nu op een orde van grootte van 1,5 miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Er zijn naar schatting 200.000 tot 400.000 mensen met een ernstige afweerstoornis die ondanks vaccinatie waarschijnlijk onvoldoende beschermd zijn. Deze mensen krijgen een derde prik aangeboden.

Voor een nadere onderbouwing van deze cijfers en een uitsplitsing van de immuniteit op basis van besmetting en vaccinatie (zie blz. 44) wil ik u graag verwijzen naar de presentatie van de technische briefing van de heer van Dissel van 15 november jl.

138.

Zijn de 16.000 tot 22.000 ziekenhuisopnames en 2200 tot 3400 IC-opnames, zoals eerder ingeschat door het OMT, actueel of is inmiddels duidelijk dat deze schatting anders ligt en kan een nadere onderbouwing worden gegeven wat een reële schatting volgens de huidige stand van

<sup>29</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422

zaken zou betekenen voor de daadwerkelijke IC-bezetting (in aantallen, niet in piekwaarden) in de loop van de periode waarvoor deze schatting geldt?

Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, betreft het een orde van 15.000 à 20.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 3000–4000 IC-opnames. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie en na herinfectie, en afname van bescherming tegen ziekenhuisopname, betreft het een vergelijkbare orde van grootte: 20.000 à 25.000 ziekenhuisopnames onder mensen van 12 jaar en ouder, waaronder 4000–5000 IC-opnames.<sup>30</sup>

139.

Waarom wordt bij de besluitvorming over de maatregelen een weging gemaakt tussen mogelijke gezondheidseffecten als gevolg van het moeten uitstellen van (planbare) zorg en sociale, maatschappelijke en economische effecten, maar geen herhaalde weging van de proportionaliteit en subsidiariteit die relevant zijn voor het voortduren van vrijheidsbeperkende maatregelen?

Het beleid van het kabinet in deze epidemie wordt bepaald door vier doelen: zicht houden op het virus, het beschermen van de kwetsbaren, het beschermen van de zorg tegen overbelasting en het beperken van economische en maatschappelijke schade op korte alsook aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen. Tegen de achtergrond van deze vier doelen formuleert het kabinet beleid waarbij zij zich laat adviseren door het OMT, alsook adviezen inwint bij andere partijen zoals gedragswetenschappers, handhavers, communicatie-experts en andere relevante partijen. Naast gevraagd advies ontvangt het kabinet ook ongevraagd advies, en staat het kabinet in voortdurend contact met lokale en regionale stakeholders, via bijvoorbeeld het Veiligheidsberaad. Over de uiteindelijke bestuurlijke afweging die door het kabinet op basis van bovenstaande gemaakt wordt, wordt vervolgens verantwoording afgelegd in het parlement, óók waar het gaat over vragen van proportionaliteit en subsidiariteit van de getroffen maatregelen. Ik ga dus niet mee in de premisse van de vraag dat er niet gelet zou worden op deze aspecten; integendeel juist.

140.

Wat is de status van de signaalwaarden in relatie tot de inzet van coronatoegangsbewijzen in het kader van de aanpak in het najaar?

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.[1] 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 advies OMT, de wekelijkse duiding door het RIVM, SME-doelen en de contextfactoren, kan het kabinet besluiten aanvullende maatregelen te nemen,

<sup>30</sup> Advies n.a.v. het 129e OMT, d.d. 11 november 2021, bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1519

waaronder de landelijke toepassing van coronatoegangsbewijzen. 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.

141.

Hoeveel mensen zijn op dit moment (moment van beantwoording van deze vraag) nog niet-immuun en tot hoeveel coronagerelateerde ziekenhuis- respectievelijk IC-opnames zal dit naar verwachting leiden?

Op basis van de beschikbare informatie maakt het OMT periodiek een inschatting van het aantal COVID-19-patienten dat mogelijk nog in een ziekenhuis dan wel op de IC terecht kan komen.

Het OMT (129<sup>e</sup>) geeft hierbij het volgende aan. Uitgaande van een geleidelijke afname van bescherming tegen infectie na vaccinatie, komen we op een orde van grootte van 1,5 miljoen mensen van 12 jaar en ouder die in november 2021 niet beschermd zijn tegen een infectie die kan resulteren in ziekenhuisopname. Deze groep omvat zowel niet-gevaccineerden die geen infectie hebben doorgemaakt, als gevaccineerden waarbij het vaccin niet werkt. Dit aantal zal in de komende maanden gaan dalen door extra vaccinatie en door infecties, maar kan ook weer toenemen door afname van bescherming tegen infectie en ziekenhuisopname.

142.

Kan er worden ingegaan op de doelgroepsgerichte benadering: hoe deze tot stand komt en wie hierbij wordt geraadpleegd?

De GGD'en hanteren een doelgroepgerichte benadering in de vaccinatie campagne. In de massa campagne van de eerste helft van dit jaar, zijn zo veel mogelijk mensen in een zo kort mogelijk tijdbestek een vaccin aangeboden. Vlak voor de zomer is de GGD'en zich meer gaan richten op een doelgroepgerichte benadering. Dat betekent dat in de regio de GGD bekijkt waar de vaccinatiegraad in de gemeenten en wijken achterblijft, en waar mogelijke locaties zijn en groepen van mensen die kwetsbaarder zijn voor het virus.

De uitkomst kan per regio verschillen. Zo zijn er regio's in Brabant en Den Haag waar extra inzet wordt gepleegd op vaccineren van arbeidsmigranten. In andere regio's is extra inzet op achterstandswijken. Of gebieden waar religieuze overwegingen spelen in de keuze voor wel of niet vaccineren. De aanpak van de GGD'en komt tot stand in samenwerking met zeer diverse, lokale partners. Organisaties die dicht bij de doelgroep staan, maar ook mensen die onderdeel zijn van de doelgroep.

Voor arbeidsmigranten hebben GGD'en contacten met werkgevers en uitzendorganisaties, en waar mogelijk maakt men gebruik van mensen uit de doelgroep die als tolk kunnen fungeren. En natuurlijk professionals zoals huisartsen, jeugdwerkers, maatschappelijke organisaties.

143.

Waarom zet u in de nasleep van de corona-epidemie in op onderzoek naar mogelijkheden om werkgevers handvatten te geven om naar de vaccinatiestatus te vragen en daaraan gevolgen te verbinden, met alle organisatorische en persoonlijke moeilijkheden in plaats van deze ingrijpende inbreuk op rechten van werknemers, waarvoor in de afgelopen periode geen enkele noodzaak bestond, resoluut af te wijzen?

De pandemie is helaas nog steeds niet onder controle, waardoor mogelijk meer instrumenten nodig zijn om veiligheid van mensen te garanderen. Werkgevers hebben al de mogelijkheid om bij werknemers te vragen naar

hun vaccinatiestatus, indien daar een goede aanleiding voor is. Zoals aangegeven in eerdere antwoorden, staat deze informatie ook op de website van de Rijksoverheid.<sup>31</sup> Dit is niet iets dat ik op dit moment aan het uitbreiden ben. Het kabinet heeft er wel voor gekozen om een wetsvoorstel in procedure te brengen om de inzet van het coronatoegangsbewijs te verbreden naar werknemers en bezoekers. Ik heb uw Kamer hier op 12 november en 15 november jl. nader over geïnformeerd.<sup>32</sup> Ik streef er naar om dit wetsvoorstel om en nabij 22 november in te dienen bij uw Kamer.

144.

Wanneer is duidelijk wat werkgevers wel en niet mogen als het gaat om informatie over vaccinatiestatus, coronatoegangsbewijzen, etc.?

Deze informatie is toegankelijk via de website van de rijksoverheid. Met betrekking tot coronatoegangsbewijzen wordt op dit moment een wetswijziging uitgewerkt om inzet van coronatoegangsbewijzen in de werksetting mogelijk te maken. Indien dit wijzigt zullen deze wijzigingen ook op rijksoverheid.nl gepubliceerd worden.

145.

Welke maatregelen neemt u om het openbare leven toegankelijk te houden voor ouderen en mensen die verminderd digitaal vaardig zijn en daardoor moeite hebben met het regelen van een QR-code?

De meeste mensen kunnen zelf via CoronaCheck een QR-code aanmaken of eventueel printen via de website [www.coronacheck.nl/print](http://www.coronacheck.nl/print). Dit kan zo nodig ook met behulp van personen uit hun omgeving. Naast deze digitale weg zijn ook alternatieven beschikbaar waarbij zonder smartphone en/of internet een bewijs kan worden aangemaakt. Zo kunnen mensen die digitaal minder vaardig zijn of niet beschikken over bijvoorbeeld DigiD, telefonisch een papieren bewijs (op basis van herstel of vaccinatie) aanvragen, dat vervolgens per post naar het in de BRP geregistreerde adres wordt toegestuurd. Dit kan via het publieksinformatienummer coronavirus (0800 – 1351) of de CoronaCheck Helpdesk (0800 – 1421). Op 16 november 2011 hadden 630.000 personen via deze route hun coronabewijzen ontvangen. Gebruikers die hulp nodig hebben bij de aanvraag van een coronabewijs kunnen voor ondersteuning terecht in bibliotheken bij het Informatiepunt Digitale Overheid. Daarnaast zijn video's beschikbaar waarin wordt uitgelegd hoe CoronaCheck werkt en hoe een coronabewijs op papier kan worden aangevraagd. Ook is een Steffie module over de digitale aanvraag van coronabewijzen beschikbaar. Mochten een digitale of telefonische aanvraag niet lukken, dan kunnen mensen sinds 28 september jl. ook via een papieren antwoordformulier een coronabewijs aanvragen. Dit formulier is verkrijgbaar bij bibliotheken, waar ook ondersteuning bij het invullen van dit formulier wordt verleend. Verder is dit formulier bij gemeenten, onder andere via de VNG, onder de aandacht gebracht.

146.

Kunt u een onderbouwing geven voor de uitspraak: «Er zijn indicaties dat de vaccinatiegraad in sommige zorgsectoren hoger ligt dan het landelijk gemiddelde onder de volwassen bevolking. Maar er zijn ook delen van de zorgsector waar deze beduidend lager is»? Op welke plekken in de zorg is de vaccinatiegraad volgens u beduidend lager en hoe weet u dat?

<sup>31</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-vaccinatie/vraag-en-antwoord/mag-ik-een-werknemer-verplichten-zich-te-laten-vaccineren>.

<sup>32</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1520

Ik heb in de afgelopen periode gesprekken gevoerd met meerdere brancheorganisaties binnen de zorg. Uit deze gesprekken bleek het verschil tussen verschillende sectoren. Zo geven de (academische) ziekenhuizen aan dat de vaccinatiegraad onder personeel zeer hoog is (ruim boven het landelijk gemiddelde). In bijvoorbeeld de ouderenzorg en wijkverpleging zijn er indicaties dat deze vaccinatiegraad beduidend lager liggen, en/of sterk verschillen per regio.

147.

Kan van ondernemers in besloten plaatsen, zoals een dansschool, oprecht worden verwacht dat zij een toets op proportionaliteit en subsidiariteit verrichten bij de afweging of zij een coronapas vragen, in de wetenschap dat een inbreuk op grondrechten door de overheid een gedegen onderbouwing van deze vereisten vraagt waarvan zwaar mag worden betwijfeld of particulieren in staat zijn deze te verrichten?

Het is onder strikte voorwaarden mogelijk voor ondernemers en verenigingen in besloten plaatsen om een coronatoegangsbewijs te vragen. Ik ben het met u eens dat het geen eenvoudige opgave is voor ondernemers om deze afweging te maken. Zo moeten zij nagaan of het gebruik van het coronatoegangsbewijs noodzakelijk is vanwege het besmettingsrisico en nagaan of er geen andere, minder vergaande alternatieven zijn waarmee hetzelfde doel kan worden bereikt. Het is niet aan mij om deze afweging te maken of te beoordelen. Daarnaast is dit contextafhankelijk. Om de ondernemer te helpen bij deze afweging heeft het Kabinet daarom een handreiking ontwikkeld waarmee ondernemers stapsgewijs kunnen nagaan of en hoe zij kunnen voldoen aan deze voorwaarden. Deze handreiking is te vinden op [Rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl). Ook worden op deze pagina op [rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) voorbeelden gegeven van minder vergaande alternatieven. Hiermee worden aan ondernemers handvatten geboden zodat zij (beter) in staat zijn om deze afweging te maken.

148.

Ligt, naast de gedane oproep, ook de optie op tafel om mondkapjes in de zorg te verplichten?

Op 2 november jl. heeft het kabinet nieuwe maatregelen aangekondigd. Er zijn nu geen voornemens voor een landelijke mondkapjesplicht in de zorg; het kabinet beschouwt het dragen van mondkapjes door zorgverleners en bezoekers echter wel nadrukkelijk als de norm. Zorginstellingen mogen in beginsel zelf de afweging maken om op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz) het gebruik van mondneusmaskers verplicht te stellen. Het gebruik van mondkapjes door zorgmedewerkers vindt plaats op basis van professionele richtlijnen. Voor zorgverleners in de ziekenhuizen zijn deze opgesteld door de Federatie van Medisch Specialisten en voor de zorg buiten het ziekenhuis heeft het RIVM uitgangspunten opgesteld.<sup>33</sup> Hierbij geldt dat als de specifieke situatie daarom vraagt, zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd kunnen afwijken van deze richtlijnen/uitgangspunten. Ook heeft het OMT in haar 128<sup>e</sup> advies aangegeven dat voor zorgmedewerkers, als het risiconiveau boven waakzaam komt (zoals nu het geval is), nog steeds het nadrukkelijke advies geldt om bij verpleging, verzorging of medische behandeling van patiënten binnen 1,5 meter preventief een medisch mondneusmasker te dragen. Het OMT adviseerde om dit advies opnieuw onder de aandacht te brengen van de medewerkers en beter toe te zien op de naleving van dit advies. Het kabinet heeft dit advies overgenomen.

<sup>33</sup> Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis | LCI richtlijnen ([rivm.nl](https://rivm.nl))

Op basis van de Wkkgz kunnen zorginstellingen het gebruik van mondkapjes ook verplicht stellen voor bezoekers, om te voldoen aan hun plichten bij het borgen van een veilige zorgomgeving. Veel zorginstellingen doen dit ook al.

149.

Wanneer komt u met overwegingen naar de Kamer om 2G-beleid wel of niet in te voeren?

Het kabinet is voornemens om het wetsvoorstel waarmee de inzet van een verzwaaard CTB mogelijk wordt gemaakt op zeer korte termijn richting uw Kamer te sturen.

150.

Kan een overzicht gegeven worden welke problemen er op dit moment nog zijn met het verkrijgen van een QR-code voor een coronatoegangsbewijs en wanneer deze opgelost kunnen zijn?

Vrijwel iedereen die een coronatoegangsbewijs nodig heeft, kan dit snel en makkelijk oproepen. Zo is de CoronaCheck-app al ruim 13,5 miljoen keer gedownload in Nederland, hebben gebruikers al meer dan 74,5 miljoen vaccinatie-, test- of herstelbewijzen kunnen aanmaken en zijn 640.000 papieren bewijzen per post verzonden.

Enkele groepen van relatief beperkte omvang en individuele personen ondervinden nog problemen met het verkrijgen van de QR-code. Dat is heel vervelend voor hen en er wordt alles aan gedaan om deze specifieke problemen te verhelpen, bijvoorbeeld via de speciale helpdesk die de GGD heeft ingericht om mensen te helpen die problemen hebben met de registratie van hun gegevens. Iedereen die gevaccineerd is, heeft immers recht op een vaccinatiebewijs waarmee gebruik gemaakt kan worden van voorzieningen waar een CTB bij verplicht is, in combinatie met een geldig identificatiebewijs.

Zo is door de GGD deze week een technische oplossing ingevoerd voor mensen die een eerste prik elders hebben gehad (bijvoorbeeld bij de huisarts of in een ander EU land) en een tweede prik bij de GGD hebben gekregen en wordt ook voor mensen die niet beschikken over een Burgerservicenummer (BSN) en daardoor geen DigiD kunnen aanvragen, zoals asielzoekers en arbeidsmigranten, gewerkt aan een online oplossing welke bij de GGD'en wordt geïmplementeerd. Daarnaast ben ik voornemens om Nederlanders die hebben meegedaan aan vaccinonderzoeken een CTB op basis van hun vaccinatie uit te geven. Dit vergt een aanpassing van nationale regelgeving, welke ik in werking heb gezet. Deze groep kan overigens ook te allen tijde een aanvullende vaccinatie halen bij de GGD waarmee zij zowel een DCC als een CTB kunnen ontvangen. Gezocht wordt verder naar een oplossing voor personen die woonachtig zijn in Nederland maar geheel gevaccineerd zijn of de laatste prik in een ander Europees land hebben gehad. Ik verwacht in de tweede helft van november ook voor deze laatste groep mensen een oplossing te hebben gerealiseerd via een wijziging van de Tijdelijke regeling (Trm). Ten slotte is er een substantiële groep reizigers uit derde landen die korte tijd in ons land verblijven en die wel volledig gevaccineerd zijn maar geen gebruik kunnen maken van het coronatoegangsbewijs (CTB), het Europese Digitale Coronacertificaat of een DCC-equivalent certificaat. Deze groep reizigers, bijvoorbeeld toeristen en zakenreizigers, kunnen nu een 24-uurs CTB verkrijgen op basis van een negatieve test. Ik werk aan een concrete oplossing waarmee deze groep gevaccineerde reizigers zich mogelijk niet meer dagelijks hoeft te laten testen. Zie voor een verdere toelichting over deze groep het antwoord op vraag 158.

151.

Welke maatregelen heeft u genomen zodat gemeenten het verbod handhaven om in openbare en publieke plaatsen een CTB te vereisen, bijvoorbeeld in een overheidsgebouw of buurthuis?

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het handhaven van coronatoegangsbewijzen in de daarvoor geldende sectoren. Dit betreft: horeca binnen, casino's, evenementen, publiek bij professionele sport, bioscopen, theaters en concerten. Als dat in andere publiek toegankelijke plaatsen wordt gevraagd, dan kan hiervan melding gemaakt worden bij de handhavers van de desbetreffende gemeente omdat dit niet vereist is. De regels staan ook duidelijk vermeld op [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

152.

Is het mogelijk de beschouwing over het EU DCC aan te vullen met de voortgang van de inspanningen die moeten leiden tot het valideren van een wetenschappelijke onderbouwing dat de uitslag van een serologische test kan dienen als grond voor een herstelbewijs?

Serologische testen worden gebruikt om immuniteit na infecties aan te tonen. Zo kunnen deze testen een indicatie geven of iemand een SARS-CoV-2-infectie heeft doorgemaakt. De vraag of serologische testen daarmee ook kunnen dienen als test voor een coronatoegangsbewijs, heb ik recentelijk aan de Nederlandse experts op dit gebied gesteld. Als reactie op mijn vraag schrijft het OMT in haar 127<sup>e</sup> advies dat zij negatief adviseert op de inzet serologie voor een corona toegangsbewijs. Ik heb besloten dit advies op te volgen. Ik verwijs hier naar de brief aan uw kamer van 3 november 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1468). Dit advies is in lijn met het feit dat men ook in EU verband serologie af wijst als basis voor een DCC.

Wel ga ik wetenschappers vragen welke inspanningen nodig zijn om tot een zekerder onderbouwing te komen om de uitslag van een serologische test al dan niet in te zetten voor een herstelbewijs. Deze wetenschappers maken deel uit van internationale wetenschappelijke fora en dus op de hoogte van de laatste nationale en internationale wetenschappelijke inzichten hierover. Mocht de stand van de wetenschap veranderen, dan zal ik mij opnieuw beraden. Voor nu is de onderbouwing van de experts 3-ledig:

- 1) Met een serologische test is het tijdstip van infectie niet vast te stellen en kan dus geen termijn aan het CTB worden gekoppeld.
- 2) Er zijn geen internationaal geaccepteerde afkapwaardes bekend van antistoffen waarmee het verband aan getoond kan worden met de mate van bescherming.
- 3) Er is een grote diversiteit aan serologische testen, waarvan de meest sneltesten ongeschikt of niet gevalideerd zijn om een voldoende betrouwbare uitslag te geven over de mate van immuniteit.

Wel verleng ik de geldigheid van herstelbewijzen naar 1 jaar. Dit kan ook met terugkerende kracht. Dit geldt ook voor iedereen die positief getest is door een commerciële testaanbieder. Ook blijft staan dat je na een doorgemaakte infectie al met 1 prik volledig gevaccineerd bent.

153.

Met welke landen is er nu wel een goede interoperabiliteit van de QR-code (zowel binnen als buiten de EU)?

De internationale QR-code (EU Digitaal Corona Certificaat) is op het moment van schrijven (17 november jl.) geldig in 27 landen binnen de EU en 18 landen buiten de EU. De meest actuele stand van zaken wordt gegeven door de Europese Commissie: EU Digital COVID Certificate | European Commission ([europa.eu](http://europa.eu)).

154.

Welke criteria gelden er om het gebruik van het EU DCC weer af te schaffen?

Zie het antwoord op vraag 105.

155.

Wanneer is de verwachting dat het gebruik van het DCC kan worden afgeschaft?

Zie het antwoord op vraag 105.

156.

Klopt het dat de ontwikkelkosten van de CoronaMelder bij de huidige stand van zaken 1.460 euro per gemelde besmetting bedragen?

Tot en met 15 november bleken 16.810 mensen na notificatie door CoronaMelder inderdaad besmet met het Coronavirus. De totale kosten voor CoronaMelder in 2020 en 2021 bedragen naar verwachting ongeveer 23 miljoen euro. Per besmetting zou dat inderdaad ongeveer uitkomen op het genoemde bedrag, welke verder zal dalen bij meer gevonden besmettingen. Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam toont echter dat de inzet van de app uiteindelijk meer op zal leveren dan het heeft gekost alleen al gekeken naar voorkomen besmettingen en ziekenhuisopnames zoals berekend door het RIVM.<sup>34</sup> Volgens onderzoeker Joost Poort van de Universiteit van Amsterdam heeft de app afgelopen winter 110 tot 250 sterfgevallen voorkomen. Het effect van de inzet van CoronaMelder is daarmee niet alleen in euro's uit te drukken.

157.

Wat voegt de applicatie CoronaMelder op dit moment nog concreet toe aan de virusbestrijding? Wanneer overweegt u het gebruik van deze app te stoppen bij gebrek aan toegevoegde waarde?

Evaluatieonderzoek heeft aangetoond dat CoronaMelder een kleine, maar merkbare toegevoegde waarde heeft en meer mensen sneller bereikt.<sup>36</sup> De onderzoeken geven aan dat als de samenleving verder opengaat en mensen meer sociale contacten hebben, maar nog niet iedereen maximaal beschermd is, de toegevoegde waarde van CoronaMelder verder kan toenemen. Ook naar deze toegevoegde waarde van de app in een opengaande samenleving wordt onderzoek gedaan. Als de toegevoegde waarde verdwijnt zal inzet van de app worden gestaakt.

158.

Kunt u aanvullende informatie geven over ondervonden hinder door reizigers uit het buitenland van wie de vaccinatie- of herstelstatus niet wordt herkend, zodat zij zich iedere 24 uur moeten laten testen?

Een groot deel van de reizigers uit derde landen betreft reizigers uit het Verenigd Koninkrijk (VK). Op 18 oktober 2021 heeft het VK de Europese DCC-equivalentieprocedure doorlopen. Deze procedure maakt het mogelijk om COVID test-, herstel- en vaccinatiecertificaten uit derde

<sup>34</sup> Poort, J. (2021) *Expert opinion: CoronaMelder: an economic perspective*. Onderdeel van ZonMW rapport: «Conditions for technological solutions in a COVID-19 exit strategy, with particular focus on the legal and societal conditions».

<sup>35</sup> Zie «CoronaMelder: modelstudie naar effectiviteit (RIVM)»: <https://www.rivm.nl/publicaties/coronamelder-modelstudie-naar-effectiviteit>

<sup>36</sup> Zie eindrapport «Evaluatie CoronaMelder: een overzicht na 9 maanden»: <https://www.coronamelder.nl/nl/faq/40-onderzoek-hoe-weten-we-of-coronamelder-helpt-tegen-corona/>



landen als equivalent van het DCC te erkennen zolang zij aan de technische vereisten gebied van betrouwbaarheid en interoperabiliteit voldoen. Dit betekent dat VK-reizigers sinds 29 oktober 2021 het certificaat van de National Health Service ook in Nederland als coronatoegangsbewijs (CTB) kunnen gebruiken. Inmiddels zijn al achttien derde landen via de equivalentieprocedure op het EU DCC-systeem aangesloten, waaronder landen als Noorwegen en Zwitserland, maar ook Marokko en Turkije.

Voor volledig gevaccineerde reizigers uit een derde land is aansluiting van hun land op het EU DCC de meeste effectieve en efficiënte oplossing om zich in de landen van de EU en in andere bij het DCC-systeem aangesloten landen vrij te kunnen bewegen. Aansluiting op het EU-DCC is echter niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een land geen digitale certificaten verstrekt.

Reizigers uit derde landen die wel volledig gevaccineerd zijn, maar die geen gebruik kunnen maken van het coronatoegangsbewijs, DCC of een DCC-equivalent certificaat, kunnen via een test een 24-uurs CTB ontvangen waarmee zij toegang krijgen tot voorzieningen waar een CTB voor vereist is. Het gaat hier bijvoorbeeld om toeristen en zakelijke reizigers. De mate waarin deze reizigers hinder ondervinden doordat zij frequent een test moeten ondergaan zal mede afhangen van hun verblijfsduur en de aard van het bezoek. Ik werk aan een concrete oplossing waarmee deze reizigers zich mogelijkerwijs niet meer dagelijks hoeft te laten testen.

159.

Hoe verloopt de controle op de quarantaineplicht op dit moment en wat zijn de resultaten daarvan?

Vanaf 1 juni 2021 geldt een quarantaineplicht voor reizigers uit zeerhoogrisicogebieden. Er is een adequate handhaving en controle op de quarantaineplicht geregeld waarbij het doel is dat reizigers zich zo goed mogelijk houden aan de quarantaine. Met de gemeenten zijn afspraken gemaakt over de maximale hoeveelheid quarantaineverklaringen die de gemeenten ontvangen, vanwege de beperkte capaciteit van de gemeenten en de grote (handhavings-)opgaven waar zij voor staan. Het maximale aantal quarantaineverklaringen die naar gemeenten gaan betreft daarom 150 per week.

Op basis van de ervaringen weten we dat:

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

Verder kan worden geconcludeerd dat:

- In 69% van de gevallen op basis van het telefoongesprek sprake was van naleving van de quarantaineplicht en dus geen aanleiding bestond voor doorgeleiding naar de gemeenten t.b.v. handhaving;
- In 16% van de gevallen de telefoon (ondanks meerdere pogingen) niet is opgenomen.
- In 7,5% van de gevallen geen of een onjuist telefoonnummer was ingevuld.
- Slechts 2% van de telefoongesprekken leidt tot een signaal van mogelijk niet naleven van de quarantaineplicht.

Er tot medio oktober 2.900 quarantaineverklaringen doorgezet zijn naar gemeenten. Voor zover bekend, is in tenminste 220 gevallen een sanctie opgelegd, waarvan 3 keer een last onder dwangsom.

160.

Wat zijn nu de adviezen en normen voor ventilatie in de horeca en in het onderwijs? Aan welke technologische oplossingen worden er nog onderzocht of aan gewerkt (bijvoorbeeld CO<sub>2</sub>-melders, HEPA-filters)?

Het RIVM geeft aan dat niet precies bekend is welke ventilatienorm nodig is om het risico op overdracht van het virus te verminderen. Belangrijk is om te voorkomen dat bezoekers gedurende langere tijd in slecht geventileerde ruimten verblijven.

De adviezen en eisen voor ventilatie in de horeca en in het onderwijs bestaan daarom voor dit moment uit het minimaal voldoen aan de ventilatie eisen uit het bouwbesluit en geldende landelijke (arbo) richtlijnen. Daarnaast zijn voor de horeca de ventilatie eisen uit de voormalige drank- en horeca wet opgenomen in de Tijdelijke Regeling Maatregelen Covid-19 (TRM). Daarbij wordt geadviseerd om er voor te zorgen dat ventilatievoorzieningen op de juiste wijze worden ingeregeld, onderhouden en gebruikt. Hiervoor is een handreiking ventileren opgesteld.

Wat scholen betreft adviseert het RIVM om de bestaande regelgeving en richtlijnen op het gebied van ventilatie en luchten te volgen. Ruimte-OK heeft in samenspraak met de sectororganisaties op <https://www.lesopafstand.nl/lesopafstand/richtlijnen/ventilatie/> de Handreiking optimaal ventileren op scholen beschikbaar gesteld. Hierin zijn maatregelen opgenomen die schoolbesturen op de korte termijn kunnen nemen om de ventilatie op scholen te verbeteren of op orde te houden.

Een school dient ervoor te zorgen dat de aanwezige voorzieningen voor ventilatie goed werken en op de juiste manier gebruikt worden. Een methode om te controleren of de voorziening voor luchtverversing werkt zoals beoogd, is gebruik van goede CO<sub>2</sub>-meter.

Bij twijfel of het aanwezige ventilatiesysteem aan het Bouwbesluit en aanvullende richtlijnen voldoet wordt geadviseerd om advies in te winnen van een onafhankelijk expert over het ventilatiesysteem en met name over het gebruik hiervan.

Scholen worden geadviseerd regelmatig 10 tot 15 minuten te luchten door ramen en deuren tegen elkaar open te zetten, bijvoorbeeld tijdens pauzes en na vergaderingen.

In de handreiking ventilatie, ontwikkeld als handvat voor eigenaars en beheerders, wordt geadviseerd om een CO<sub>2</sub>-meter te gebruiken als die in de ruimte aanwezig is. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/vraag-en-antwoord/ventilatie-tips-voor-beheerders-en-eigenaars-van-gebouwen>

Wat betreft het gebruik van luchtreinigers (HEPA-filter) zal er nog nader onderzoek gedaan worden, conform de motie van het lid Van den Berg, CDA op 24 maart jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1071). Inmiddels heeft het RIVM daar een onderzoeksvoorstel voor geschreven.

161.

Wordt bij het opstellen van de handreiking rondom ventilatie ook gekeken naar de situatie in openbare vervoersmiddelen?

Op 11 oktober jl. is de handreiking ventilatie voor eigenaars en beheerders van gebouwen opgeleverd. Deze handreiking is niet gemaakt voor de situatie in openbaar vervoersmiddelen. Hoe zorg ik als eigenaar of beheerder voor een goede ventilatie in het gebouw? | Rijksoverheid.nl

162.

In een motie is opgeroepen reistijd voor een testlocatie voor CTB te hebben van maximaal een half uur, in welke regio's wordt daaraan niet voldaan?

De Tweede Kamer heeft door middel van de motie met Kamerstuk 25 295, nr. 1446 de regering gevraagd om fijnmazige testmogelijkheden te leveren en daar aan verbonden dat fijnmazig inhoud dat testen binnen 30 autominuten rijden mogelijk moet zijn. De regering erkent de inspanningsverplichting die hier uit voort komt. Een garantie is echter nooit te geven. Door gebruik te maken van de bestaande markt voor testbedrijven die SARS-COV-2-Rapid Antigeen testen uitvoeren, is er een zeer fijnmazig netwerk gecreëerd. Op 12 november zijn 21 verschillende testaanbieders met 726 testlocaties verspreid door heel Nederland toegelaten. Hiermee kan 99,9% van de Nederlanders zich laten testen binnen een reistijd van 30 minuten en kan 95% van de Nederlanders zich binnen 20 minuten enkele reis laten testen. Op dit moment is alleen voor inwoners van Stavoren een testlocatie beschikbaar op 31 minuten rijden. De gemeente Súdwest-Fryslân is in gesprek met Stichting Open Nederland om te onderzoeken of een testlocatie dichterbij mogelijk is. Onder de huidige contractuele voorwaarden kunnen elke maand nieuwe testaanbieders zich inschrijven. Daarnaast kunnen de huidige testaanbieders dagelijks testlocaties openen. Het is echter ook vrij aan testaanbieders om dagelijks te besluiten om locaties te sluiten, waardoor de reistijd toeneemt. Het testaanbod kan dus dagelijks veranderen aan de hand van de testvraag. Echter, testaanbieder kunnen ook dagelijks locatie sluiten. De opdracht aan SON is om wanneer dat leidt tot plekken waar niet langer binnen 30 minuten reisafstand getest kan worden, om andere aanbieders te wijzen op de mogelijkheden en noodzaak om testen op of nabij die plek uit te voeren. Dit kan leiden tot een tijdelijk gat in de fijnmazigheid.

163.

Overweegt u op zeker moment om de geldigheidsduur van een coronatetest in het kader van het coronatoegangsbewijs weer te verlengen van de nu geldige 24 uur naar bijvoorbeeld 36 uur?

De geldigheidsduur is verkort naar 24 uur naar aanleiding van het 122<sup>o</sup>OMT-advies. Als de geldigheidsduur van de coronatetest wordt verlengd, wordt het risico groter dat iemand tussen het moment van testen en voor het einde van een activiteit alsnog besmettelijk wordt. Er is ruim voldoende testcapaciteit voor iedereen om zich binnen 24 uur te laten testen. Omdat het verlengen van de geldigheidsduur een te groot epidemiologisch risico oplevert, wordt dat op dit moment niet overwogen.

164.

Weegt het streven naar een hoge vaccinatiegraad mee bij het overwegen het profijtbeginsel bij testen voor toegang in te voeren?

Het streven naar een hogere vaccinatiegraad is niet het doel bij de overweging om het profijtbeginsel bij testen voor toegang in te voeren. De reden om invoering te overwegen is het feit dat door de hoge vaccinatiegraad een grote groep mensen betaalt voor de testen van een kleine groep. Volgens het principe van profijtbeginsel is het daarom redelijk om een deel van de kosten te laten neerslaan bij diegenen die er van profiteren. Dat neemt niet weg dat het denkbaar is dat er wel enige vorm van stimulans of prikkel uitgaat van de invoering van het profijtbeginsel. Om het effect op de vaccinatiebereidheid en andere gedragseffecten beter in beeld te krijgen heb ik daarom opdracht gegeven om een gedragsonderzoek uit te voeren. Met dit onderzoek zullen de effecten van de invoering van een eigen bijdrage op bijvoorbeeld toegang tot sectoren en de vaccinatiebereidheid worden onderzocht. Dit onderzoek zal nadere input leveren voor de besluitvorming.

165.

Hoe verklaart u dat er anderhalf jaar na het uitbreken van de crisis nog steeds «kennishiaten» zijn als het gaat over aerogene transmissie van het coronavirus?

Het is op zich niet ongebruikelijk dat er kennishiaten zijn die voor een langere periode blijven bestaan. De precieze bijdrage van aerogene transmissie bij respiratoire virussen is een langer bestaande kennislacune, ook op internationaal niveau, welke bijvoorbeeld ook bij influenzavirussen aanwezig is. Het is erg lastig vast te stellen in welke mate aerogene transmissie van SARS-CoV-2 plaatsvindt ten opzichte van andere transmissieroutes, mede omdat dit ook situatie-afhankelijk is. Groot-schalig (gecontroleerd) epidemiologisch onderzoek kan meer inzicht geven, maar de voorbereiding en uitvoering zijn tijdsintensief.

166.

Overweegt u om op zeker moment het vragen van een coronatoegangsbe-  
wijzen voor minderjarigen af te schaffen, omdat dit niet (meer) proporti-  
oneel is?

Op dit moment ben ik niet voornemens om het CTB voor bepaalde leeftijds-  
groepen af te schaffen. Het CTB geldt over het algemeen vanaf 13  
jaar, en de ID-plicht vanaf 14 jaar. Voor publiek bij amateurwedstrijden  
binnen, sportkantines, sportbeoefening binnen en kunst- en cultuurbeoe-  
fening geldt een CTB-plicht vanaf 18 jaar, conform het 128e OMT-advies.  
Als er epidemiologische ruimte ontstaat om het toepassingsbereik van het  
CTB te verkleinen, dan zijn er meerdere opties. Dat kan bijvoorbeeld door  
de leeftijdsgrens te verhogen, maar ook door bepaalde (deel-)sectoren uit  
te sluiten van de CTB-plicht, of de dan geldende maatregelen te  
versoepelen.

167.

Klopt het dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het handhaven van  
het verbod op het eisen van een coronatoegangsbe-  
wijzen in publieke en  
openbare plaatsen?

Dat klopt. Zie ook het antwoord op vraag 151.

168.

Kunt u de onderzoeksopzet voor het onderzoek naar het profijtbeginsel bij  
testen voor toegang delen?

Met het onderzoek naar het profijtbeginsel wordt onderzocht hoe  
gevaccineerde en ongevaccineerde Nederlanders aankijken tegen testen  
voor toegang en het betalen daarvoor, wat de effecten van de invoering  
van een eigen bijdrage zijn voor deelname aan activiteiten en wat dit  
betekent voor de vaccinatiebereidheid. Ik verwacht de uitkomsten van het  
onderzoek binnenkort te ontvangen. Zodra ik deze heb kunnen bestu-  
deren, zal ik de uitkomsten van dit onderzoek – inclusief onderzoeksopzet  
– voorzien van een kabinetsreactie met uw Kamer delen.

169.

Wanneer verwacht u het onderzoek naar het profijtbeginsel bij testen af te  
ronden?

Met het onderzoek naar profijtbeginsel worden de effecten van de  
invoering van een eigen bijdrage op bijvoorbeeld toegang tot sectoren en  
de vaccinatiebereidheid onderzocht. Ik verwacht de uitkomsten van het  
onderzoek binnenkort te ontvangen. Zodra ik deze heb kunnen bestu-  
deren, zal ik deze voorzien van een reactie met uw Kamer delen.

170.

Waarom ontbreekt in uw brief enige verwijzing naar het grote belang van natuurlijke immuniteit als wezenlijke factor die bijdraagt aan het uitdoven van de corona-epidemie?

De natuurlijke immuniteit is een zeer complex medisch expertise gebied. Experts wijzen er op dat deze in de loop der tijd ontstaat door een combinatie van vaccinaties en doorgemaakte infecties. Ik heb daarom steeds deze beide elementen belicht in de brieven aan uw Kamer. Dit doe ik door te informeren over het aantal gezette en nog geplande vaccinaties en boosterprikken enerzijds, maar ook met het aantal positieve testen anderzijds. Het RIVM onderzoekt met steekproeven de mate van immuniteit van de bevolking doormiddel van bloedonderzoeken naar antistoffen. Tot slot heb ik op basis van het 127<sup>e</sup> advies van het OMT<sup>37</sup> besloten om de duur van het herstelbewijs voor nationaal gebruik te verlengen van 180 naar 365 dagen. In dit advies wordt verwezen naar recente wetenschappelijke onderzoeken die aantonen dat immuniteit na een doorgemaakte infectie langer aanhoudt dan eerst werd aangenomen.

171.

Kunt u aangeven wat het vooruitzicht is op de noodzaak van herhaalde vaccinaties wegens afnemende beschermende werking van de vaccins en de tijd en de frequentie waarin deze herhaalprikken moeten plaatsvinden?

Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd mij hierover te adviseren.

172.

Ziet u een verband tussen overheidsbeleid/communicatie en de vaccinatiegraad? Ziet u hierin, naast een opdracht voor maatschappelijke sectoren, ook verbeter- en actiepunten voor de overheid?

Er is zeker sprake van een verband. Zoals ik ook in mijn brief van 14 september jl. heb aangegeven zet de overheid in op verschillende gerichte interventies om COVID-19-vaccinaties laagdrempelig te kunnen aanbieden en de vaccinatiegraad verder te verhogen. Het RIVM, GGD'en en GGD GHOR Nederland coördineren en voeren deze gerichte aanpak uit, waarbij samenwerking plaatsvindt met VWS en andere stakeholders. Voorbeelden hiervan zijn de inzet van prikbusen, het gebruik van (tijdelijke) pop-up locaties, en de website [www.prikkenzonderafpraak.nl](http://www.prikkenzonderafpraak.nl) om zo de (fysieke) drempel voor vaccinatie te verlagen.

De communicatie over de coronavaccinatie spitst zich meer en meer toe op specifieke groepen waar de vaccinatiegraad tot nu toe (enigszins) achterblijft; jongeren, vrouwen die zwanger zijn of een kindervwens hebben, mensen die er nog niet toe zijn gekomen zich te laten vaccineren of die nog twijfelen, mensen met een migratie-achtergrond en mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafpraak hebben gemaakt. Daarbij is er naast informatie over het laagdrempelig vaccineren en de thema's die al lange tijd een rol spelen (bijwerkingen, veiligheid, noodzaak) ook blijvende en proactieve aandacht voor het weerleggen van desinformatie.

Om het virus zoveel mogelijk onder controle te houden en overbelasting van de zorg te voorkomen zijn er het afgelopen jaar meerdere maatregelen van kracht geweest, ingesteld vanuit de rijksoverheid. Een aantal van de maatregelen heeft er mogelijk aan bijgedragen dat meer mensen zich hebben laten vaccineren. Zo zien we dat na de invoering van het coronatoegangsbewijs gedurende enkele weken meer mensen zich lieten vaccineren dan in de weken daarvoor.

---

<sup>37</sup> Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1464

In mijn brief van 14 september jl. heb ik aangegeven dat ik het verder verhogen van de vaccinatiegraad zie als een opdracht aan alle maatschappelijke sectoren. Ook verschillende ministeries wordt gekeken op welke manieren zij de aan hen gelieerde sectoren kunnen ondersteunen bij hun inspanningen de vaccinatiegraad verder te verhogen.

173.

Kunt u duidelijkheid geven over de vaccinatiegraad, die in deze brief op 80 procent wordt gesteld onder volwassenen, en of de gezaghebbende bron het RIVM is en blijft, nu er in het publieke debat wordt geschermd met verschillende percentages op grond van verschillende bronnen?

Zie antwoord vraag 133.

174.

Wat is de meest actuele informatie over de vaccinatiegraad (uitgesplitst naar leeftijd (12+, 18+), leeftijdscohorten en eerste prik, tweede prik, etc.)?

Op dit moment is van de 18 jarigen en ouder 88,3% deels gevaccineerd en 84,7% volledig gevaccineerd. Van de groep 12 jaar en ouder is op dit moment 86,4% deels gevaccineerd, en 82,7% volledig gevaccineerd (bron RIVM).

In onderstaande tabel vindt U de meest actuele informatie over de vaccinatiegraad uitgesplitst naar opkomst en vaccinatiegraad per leeftijdsgroep van tot en met week 45 (8-15 november).

Leeftijdsgroep	Opkomst 1 <sup>e</sup> prik	Volledig gevaccineerd
<b>91 jaar en ouder</b>	<b>88%</b>	<b>84%</b>
<b>86 tot en met 90 jaar</b>	92%	89%
<b>81 tot en met 85 jaar</b>	93%	91%
<b>76 tot en met 80 jaar</b>	94%	93%
<b>71 tot en met 75 jaar</b>	94%	93%
<b>66 tot en met 70 jaar</b>	93%	92%
<b>61 tot en met 65 jaar</b>	90%	89%
<b>56 tot en met 60 jaar</b>	90%	89%
<b>51 tot en met 55 jaar</b>	88%	87%
<b>46 tot en met 50 jaar</b>	85%	84%
<b>41 tot en met 45 jaar</b>	82%	80%
<b>36 tot en met 40 jaar</b>	78%	76%
<b>31 tot en met 35 jaar</b>	73%	71%
<b>26 tot en met 30 jaar</b>	72%	69%
<b>18 tot en met 25 jaar</b>	73%	71%
<b>12 tot en met 17 jaar</b>	65%	61%

175.

Wat is de wetenschappelijke onderbouwing van het streven naar een vaccinatiegraad die ten minste vergelijkbaar is met die van vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma (rond 95%)?

Het is belangrijk om zo veel mogelijk mensen te vaccineren vanwege directe bescherming en vermindering van transmissie. Het OMT heeft het getal van 95% genoemd, omdat dit percentage ook bij het RVP gehaald wordt en geen reden ziet waarom dit binnen het COVID-19-vaccinatieprogramma niet het streven zou moeten zijn.

176.

Deelt u dit streven van het OMT?

Ik deel het streven naar een zo hoog mogelijk vaccinatiegraad. Ik heb eerder aangegeven in ieder geval naar een vaccinatiegraad van 90% te streven voor de groep 18 jaar en ouder.

177.

Streven andere Europese landen ook zo'n hoge vaccinatiegraad na? Zo ja, kunt u dit nader toelichten?

Alle landen om ons heen streven naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad.

We zien met name in landen waar de vaccinatiegraad stagneert dat men aanvullende maatregelen moet nemen om de besmettingen en de druk op de zorg te beperken. Denk daarbij aan het verplichten van COVID-19-certificaten voor werknemers, zoals onlangs ingevoerd in Italië, en bijvoorbeeld het 2G-beleid in bepaalde Duitse deelstaten waarbij mensen gevaccineerd moeten zijn of COVID-19 moeten hebben doorgemaakt om toegang krijgen tot horeca of evenementen.

178.

Bent u van plan om het coronatoegangsbewijs pas af te schaffen als de 95% vaccinatiegraad is behaald?

De CTB's worden alleen ingezet zolang dat epidemiologisch noodzakelijk is. Het is op dit moment niet mogelijk dat te koppelen aan een specifieke vaccinatiegraad. Zie ook het antwoord op vraag 47.

179.

Kunt u inschatten wanneer de 95% vaccinatiegraad behaald wordt?

Nee, er wordt door verschillende partijen hard gewerkt om de vaccinatiegraad zo snel mogelijk zo hoog mogelijk te krijgen. Als aanvulling op het grote deel van de bevolking dat zich al heeft laten vaccineren zijn er de afgelopen maanden aanvullende interventies en acties opgezet vanuit de GGD en andere beroepsgroepen in de zorg om de andere groepen mensen nog te bereiken en te vaccineren. Onder andere de GGD'en, huisartsen en medisch specialisten zijn in samenwerking met het RIVM en GGD-GHOR Nederland momenteel hard bezig aan een gerichte aanpak voor deze laatste groepen. Bijvoorbeeld door persoonlijk het gesprek aan te gaan, door de inzet van prikbusjes, acties via sleutelfiguren in gemeenschappen en via initiatieven als «prikkenzonderafpraak.nl». Voor een uitgebreid overzicht van de inspanningen omtrent het verder verhogen van de vaccinatiegraad verwijs ik u graag naar de Stand van Zakenbrief COVID-19 van 2 november jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1468) De cijfers van de laatste weken laten nog steeds een gestage stijging zien in de opkomst zien. Er worden nog elke week eerste prikken gezet worden. Dus naar verwachting zal de vaccinatiegraad nog verder stijgen. Hoe lang en in welke mate deze stijging doorzet is zeer onzeker. Daarnaast blijkt op basis van onderzoeken door het RIVM naar de vaccinatiebereidheid op dit moment lager is dan 95%.

180.

Hoe staat het met het onderzoek naar de immuniteitsgraad op Urk en de gevolgen daarvan voor groepsimmuniteit?

Immuniteit tegen het Coronavirus kan ontstaan door vaccinatie of door een doorgemaakte infectie. Het RIVM onderzoekt de immuniteit van de bevolking in het Pienter-corona onderzoek. In dit onderzoek worden door middel van bloedonderzoek antistoffen gemeten bij een steekproef van de bevolking, zie PIENTER Corona onderzoek | RIVM. Op dit moment,

november 2021, worden de bloedmonsters verzameld voor de zesde meting van het Pienter corona onderzoek.

Uit de vijfde meting van dit onderzoek uit juni 2021 bleek dat in Urk 77% (CI 61–94%) van de inwoners antistoffen had opgebouwd tegen corona, waarvan bij 59% (CI 39–79%) door een doorgemaakte infectie. Om een uitspraak te kunnen doen over de recente immuniteit van de bewoners van Urk, moeten we de resultaten van het volgende Pienter onderzoek afwachten.

181.

Kunt u aangeven wat het relatieve belang is van de vaccinatiegraad in de diverse leeftijdscohorten voor de belasting van de zorg? Concreet: wat levert een hogere vaccinatiegraad onder minderjarigen of jongere mensen op?

Zoals ik in eerdere brieven aan uw Kamer heb aangegeven is een hoge en homogene vaccinatiegraad essentieel voor het optimaal beschermen van onze samenleving. Met een hoge en homogene vaccinatiegraad verkleinen we immers de kans op het ontstaan van nieuwe uitbraken en kunnen we betere bescherming bieden aan kwetsbare mensen die om medische redenen niet kunnen worden gevaccineerd.

De Gezondheidsraad heeft in het advies «Vaccinatie van adolescenten tegen COVID-19» (d.d. 29 juni 2021) aangegeven dat ook het vaccineren van 12- tot en met 17-jarigen een effect heeft op de verspreiding van het virus en nieuwe varianten. Hiervoor heeft de raad gebruik gemaakt van modelleringsonderzoek van het RIVM, waaruit blijkt dat het vaccineren van jongeren vanaf 12 jaar bij een vaccinatiegraad van 65–85% kan zorgen voor een afname in het reproductiegetal van 20–35%. Daarmee wordt ook een afname verwacht van het aantal infecties, ziekenhuisopnames, IC-opnames en sterfte bij volwassenen. Dit levert volgens de Gezondheidsraad daarmee ook gezondheidswinst op voor de samenleving als geheel.

182.

Hoe groot is de groep immuungecompromitteerde patiënten die naar verwachting geen of minder baat hebben bij vaccinatie (ook niet bij een «boosterprik»)?

Zie tevens mijn antwoord op vraag 113.

Zoals ik ook in mijn Kamerbrief van 14 september jl.<sup>38</sup> heb aangegeven is niet van tevoren te voorspellen voor elke individuele patiënt of sprake is van een verminderde respons na vaccinatie, maar er zijn groepen van patiënten bij wie dat vaker kan optreden. Het gaat volgens de *Werkgroep COVID-19 vaccinatie voor immuungecompromitteerde patiënten*, waarin diverse medisch specialisten zijn vertegenwoordigd, onder andere om patiënten met een immuunstoornis, kanker, of transplantatie. Volgens het advies van het RIVM en deze werkgroep gaat het om een groep van ongeveer 200.000–400.000 patiënten die baat zouden kunnen hebben bij een derde prik tegen SARS-CoV-2. Hoe deze patiënten reageren op deze derde prik wordt verder onderzocht.

Zie tevens mijn antwoord op vraag 113.

183.

Worden binnen de gestelde doelstellingen rondom het verkrijgen van inzicht als het gaat om de benodigde aanpak om mensen uit de risicogroep te beschermen, de mensen uit risicogroepen en ervaringsdeskundigen ook structureel betrokken?

<sup>38</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1422.



*De werkgroep COVID-19 vaccinatie voor immuungecompromitteerde patiënten* is onder andere samengesteld uit medisch specialisten die deze patiëntengroepen behandelen. Voor het informatiepunt *Leven in Coronatijd* van Vilans worden in samenwerking met cliëntorganisaties signalen uitgewerkt en vragen beantwoord van mensen die tot de risicogroep behoren. Daarnaast is er een samenwerking met koepelorganisaties. Signalen vanuit de koepelorganisaties worden opgepakt, er wordt ingespeeld op de vragen die bij hun achterban leveren, ze worden geïnformeerd en betrokken bij nieuwe ontwikkelingen. Er is ook een informatievoorziening richting hun achterban. Er zijn binnen verschillende koepelorganisaties en patiëntenverenigingen veel ervaringsdeskundigen vertegenwoordigd.

184.

Welke antivirale middelen komen er op korte termijn beschikbaar? Welke zijn al aangekocht door de EU? En welke EU-landen hebben welke middelen individueel aangekocht?

Recente antivirale middelen met veelbelovende eerste onderzoeksresultaten zijn molnupiravir van fabrikant MSD, paxlovid van fabrikant Pfizer en Evusheld (tixagevimab/ cilgavimab) van fabrikant AstraZeneca. Voor molnupiravir en Evusheld is de rolling review gestart. Het zal voor alle middelen nog enkele maanden duren voordat deze daarmee in Nederland beschikbaar komen.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft zich ingeschreven voor de twee gezamenlijke inkooptrajecten van de Europese Commissie (EC) voor de antivirale middelen die in de vroege fase van besmetting kunnen worden ingezet. Het betreft de middelen van de fabrikanten Pfizer en MSD. AstraZeneca heeft ervoor gekozen geen gezamenlijke inkoopprocedure via de Europese Commissie te volgen. Deelname aan deze trajecten leidt niet direct tot de verplichting tot afname van het product omdat de Europese Commissie voorwaarden kan stellen, zoals volledige EMA-registratie. Pas als de producent aan alle gestelde voorwaarden voldoet, kan afname verplicht worden gesteld. Er is momenteel geen gezamenlijk inkooptraject waar Nederland niet aan mee doet.

Ik heb geen overzicht van welke EU-landen individueel antivirale middelen hebben aangekocht. De gegevens over individuele aankoop zijn vaak vertrouwelijk. Onlangs heeft het Verenigd Koninkrijk via een persbericht laten weten een hoeveelheid van de middelen van Pfizer en MSD te hebben ingekocht<sup>39</sup>. Ook Servië en Frankrijk hebben bekend gemaakt dat zij een contract met MSD hebben gesloten<sup>40</sup>.

185.

Welke obstakels zijn er voor het onderzoek naar innovatieve behandelingen en wanneer komen deze kansrijke geneesmiddelen daadwerkelijk op de markt?

In het reguliere registratieproces dient een farmaceutisch bedrijf een aanvraag, voorzien van voldoende onderzoeksresultaten, in bij het Europees medicijn agentschap (EMA). Deze onderzoeksperiode duurt meestal enkele jaren, het registratieproces bij het EMA kost daarna gemiddeld ook nog één jaar.

<sup>39</sup> UK government secures groundbreaking COVID-19 antivirals – GOV.UK ([www.gov.uk](http://www.gov.uk))

<sup>40</sup> Direktorka RFZO: Rezervisano 50.000 novih lekova protiv korone, stižu u januaru (n1info.com) en COVID-19: Véran commande 50 000 doses de molnupiravir sans tenir compte de la potentielle nocivité de cet antiviral – Le Courrier des Stratèges ([lecourrierdesstrategies.fr](http://lecourrierdesstrategies.fr))

Het is mogelijk om dit proces te versnellen via een rolling review. Bij een rolling review dient een farmaceutisch bedrijf al tijdens de klinische onderzoeksfase resultaten in bij het EMA en start het EMA nog lopende dit onderzoek de beoordeling. Hierdoor kan de formele procedure voor markttoelating, die volgt zodra het klinisch onderzoek is voltooid, versneld worden afgerond. De vereisten voor de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van een geneesmiddel blijven hierbij gelijk ten opzichte van een «gewone» procedure voor markttoelating.

Vervolgens dienen de nieuwe geneesmiddelen ook daadwerkelijk bij de patiënt terecht te komen. Voor deze nieuwe middelen moet daar een nieuw proces voor worden ingericht in overleg met de beroepsgroepen. Het volgen van deze procedures kost tijd, terwijl directe inzetbaarheid gewenst is en berichten in de media onduidelijk kunnen zijn over de mate van beschikbaarheid van kansrijke middelen. De nieuwe antivirale middelen zoals het middel van Pfizer, MSD en AstraZeneca moeten de registratieprocessen nog doorlopen. Het duurt dus nog enkele maanden voordat deze middelen bij het geschetste proces daadwerkelijk op de markt komen.

186.

Kunt u aangeven onder welke epidemiologische omstandigheden u een boosterprik voor de gehele populatie overweegt?

In de stand van zaken brief van 3 november jl. ben ik ingegaan op het advies van de Gezondheidsraad over boostervaccinatie. Ik heb aangekondigd dat nadat de mensen van 60 jaar en ouder, de mensen van 18 jaar en ouder in instellingen en de medewerkers in zorginstellingen met contact met patiënten en cliënten de gelegenheid hebben gehad een boostervaccinatie te ontvangen de rest van de bevolking van 18 jaar en ouder ook een boostervaccinatie kan krijgen.

187.

Is de verwachting dat op langere termijn oudere bevolkingsgroepen jaarlijks een coronaprik zullen aangeboden krijgen, vergelijkbaar met de grieprik?

Zoals ook in het antwoord op vraag 26 en 30 is aangegeven, is het op dit moment moeilijk te voorspellen of en hoe we ons al dan niet op structurele basis moeten beschermen met een COVID-19-vaccin. Het is een van de scenario's waarmee we rekening houden. Ik heb hierover advies gevraagd aan de Gezondheidsraad.

188.

Klopt het dat het kabinetsbeleid is dat in de (nabije) toekomst niet alleen vaccinatie, maar ook innovatieve geneesmiddelen en behandelingen een essentiële rol zullen spelen bij de bestrijding van COVID-19?

Vaccinatie blijft de belangrijkste strategie in de bestrijding van het virus. Momenteel zijn er nog geen beschikbare innovatieve behandelingen waarvan de mate van werkzaamheid, kwaliteit en veiligheid op een vergelijkbaar niveau bewezen is als van de beschikbare vaccins, en de kosten voor deze behandelingen zijn vaak vele malen hoger dan van een vaccin. Tegelijkertijd bieden innovatieve geneesmiddelen een goede aanvulling voor speciale doelgroepen die niet gevaccineerd kunnen of willen worden, of bij wie de vaccinatie niet aanslaat. Daarmee kunnen innovatieve geneesmiddelen tegen COVID-19 een steeds grotere rol in de bestrijding van de pandemie gaan spelen.

189.

Welke niet-geregistreerde geneesmiddelen voor de behandeling van COVID-19 zijn er in andere EU-landen beschikbaar?

Ik houd alle aanvragen voor handelsvergunningen bij de EMA nauwlettend in de gaten en kijk expliciet of er een eventuele medische noodzaak is om niet-geregistreerde middelen via een noodprocedure eerder beschikbaar te stellen. Ik heb echter geen zicht op welke niet-geregistreerde middelen er in andere landen worden ingezet.

190.

Kunt u aangeven welke concrete maatregelen u neemt om de implementatie van nieuwe geneesmiddelen en behandelingen zo snel mogelijk te laten plaatsvinden? Bent u hierover in gesprek met bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuizen, RIVM, GGD, apothekers en andere relevante beroepsorganisaties?

Ik voer gesprekken met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het RIVM en de GGD om de (on)mogelijkheden voor de implementatie van een nieuw geneesmiddel buiten het ziekenhuis in kaart te brengen. Voor het inzetten van nieuwe geneesmiddelen in het ziekenhuis, kan de bestaande route zoals die wordt gebruikt voor remdesivir of REGN-COV2 worden gevolgd.

191.

Kunt u aangeven welke adviezen Adviespanel Innovatieve Behandelingen u sinds de oprichting van het panel heeft gedaan? Zijn de adviezen van dit panel openbaar? Zo ja, kan de Kamer hierover worden geïnformeerd?

De Kamer wordt in de stand van zakenbrief COVID-19 geïnformeerd over de meest relevante adviezen vanuit het adviespanel innovatieve behandelingen. De adviezen van dit panel zijn op dit moment niet openbaar.

192.

Is er zicht op risico's dat (kritiek) planbare zorg mogelijk weer afgeschaald zal worden richting het najaar?

Of en in welke mate de (kritiek) planbare zorg moet worden afgeschaald, is afhankelijk van de druk op de zorg door onder andere de hoeveelheid Covid- en influenza-patiënten. In het «Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie» uit oktober 2020 (Kamerstuk 29 247, nr. 317) zijn afspraken gemaakt over de manier waarop de acute zorg wordt geborgd, bijvoorbeeld door het spreiden van Covid-patiënten over de regio's. Daar horen ook afspraken bij over het afschalen van planbare zorg als dat nodig is door de stijging van het aantal Covid-patiënten. Het beleidskader is nog steeds van toepassing. Wel zien we dat de recente ontwikkelingen – waaronder de toename van het aantal Covid-patiënten in de ziekenhuizen in combinatie met de inhaalzorg-opgave en het zo lang mogelijk in stand houden van de reguliere zorg – tot aanvullende vraagstukken leiden over hoe de capaciteit in de ziekenhuizen moet worden ingezet. Zo is ook nadrukkelijk de kritiek-planbare zorg in beeld waarvoor ook IC-capaciteit nodig is in het behandeltraject (zoals bepaalde hartoperaties). Dat betreft zorg met een hoog risico op permanente gezondheidsschade of verlies van levensjaren indien langer dan 6 weken uitgesteld. Op dit moment wordt daarom het tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg aangevuld, zodat er ook landelijke afspraken gelden voor de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg.

193.

Kunt u aangeven wat uw concrete inzet is om in Europees verband om de aankoop van kansrijke geneesmiddelen te bespoedigen?

In mijn reactie op de Mededeling EU-strategie voor COVID-19-behandelingen<sup>41</sup>, geef ik aan dat de beschikbaarheid van nieuwe COVID-19-behandelingen een speerpunt van het Nederlandse beleid is. Beschikbaarheid bekijken we vanuit een holistisch perspectief – niet alleen het moment van aankoop van geneesmiddelen is hierin belangrijk, maar ook het bewerkstelligen dat middelen kunnen worden ontwikkeld, de testfasen kunnen doorlopen en een stabiele productielijn kunnen consolideren. Ik zet me via (in)formele EU en internationale gremia, zoals de EU-Gezondheidsraad, in om tot oplossingen te komen om kwetsbaarheden in de internationale productie- en leveringsketens te verminderen. Hiermee wordt het risico op en de impact van tekorten kleiner. Hierbij wordt ook gekeken naar productiemogelijkheden in Nederland en Europa. Op dit moment voert de Europese Commissie, mede op aandringen van Nederland, onderzoek uit naar de afhankelijkheden van de EU van derde landen en de grondoorzaken van geneesmiddelentekorten en mogelijke kansrijke (Europese) oplossingsrichtingen. Ook heb ik me ingespannen voor de totstandkoming van de EU-Verordening voor klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik<sup>42</sup>. Deze verordening beoogt het faciliteren en het harmoniseren van het snel en doelmatig uitvoeren van voldoende grote klinische onderzoeken in meerdere landen. Waar aantallen COVID-19-patiënten door de tijd heen fluctueren, is het van belang te voorkomen dat klinisch onderzoek faalt door versnippering en het niet halen van de vereiste hoeveelheden in de studie op te nemen patiënten.

Ten aanzien van de aankoopprocedures zie ik dat- hoewel er ruimte is voor verbetering ten aanzien van nationale voorkeuren en deelname – dit instrument effectief is en voor lidstaten voordelen oplevert, waaronder een snellere toegang en een eerlijkere verdeling tussen lidstaten. Wel ben ik van mening dat deze instrumenten enkel ingezet moeten worden ter bestrijding van grensoverschrijdende gezondheids crises en dat ze beperkt moeten worden tot schaarse producten, omdat ze een versturende werking op het functioneren van de interne markt kunnen hebben.

194.

Als we het hebben over de doelstelling om meer aandacht te schenken aan herstel en zeggenschap voor zorgprofessionals: heeft u (met de sector) een beeld kunnen schetsen op welke gebieden dit voorheen tekortkwam?

Vorig jaar heeft de voormalig Minister voor Medische Zorg een zorgbreed advies gevraagd aan de voormalig Chief Nursing Officer (prof. dr. B. M. Buurman) over de zeggenschap en de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden. Op 2 september 2020 is het advies «Niets over ons, zonder ons» naar uw Kamer gezonden.<sup>43</sup> In dit advies komt naar voren dat vraagstukken rondom te hoge werkdruk en gebrek aan erkenning en zeggenschap van alle tijden zijn. Daarbij geeft de voormalig CNO aan dat de context waarin deze vraagstukken zich afspelen wel veranderd is, gelet op de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt. Ook zie ik een steeds verdergaande professionaliseringslag bij de diverse beroepsgroepen, waarvan meer zeggenschap een logisch gevolg is. Om die reden is het van cruciaal belang dat er een merkbare verandering komt in de ervaren zeggenschap van zorgprofessionals, als onderdeel van een cultuurverandering.

<sup>41</sup> Kamerstuk 22 112, nr. 3135

<sup>42</sup> Verordening (EU) nr. 536/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en tot intrekking van Richtlijn 2001/20/EG

<sup>43</sup> Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 410

Tevens is tijdens de pandemie nadrukkelijker dan ooit te voren naar voren gekomen dat het fysieke en mentale herstel van zorgprofessionals essentieel is. Het is belangrijk dat daar gehoor aan wordt gegeven en dat zij daar tijd en ruimte voor krijgen. Zoals beschreven in mijn stand van zakenbrief<sup>44</sup> van 2 november jl., ben ik met beroepsverenigingen en werkgevers reeds in gesprek over hoe zij concreet uitvoering willen geven aan het gewijzigd amendement van GroenLinks<sup>45</sup> inzake herstel en zeggenschap, mocht dit aangenomen worden. Over de uitkomsten van dit overleg zal ik uw Kamer informeren.

195.

Hoe vaak is er in Nederland tot op heden gebruik gemaakt van de geneesmiddelen REGEN-COV en Nanogam+? Hoe groot is de nog beschikbare voorraad van deze geneesmiddelen? Is deze voldoende om in de toekomst aan de vraag te kunnen voldoen?

REGN-COV2 is op het moment van schrijven ongeveer 2500 keer uitgeleverd. Ik verwacht dat de overgebleven voorraad nog zeker enkele maanden toereikend is. Er is dus geen directe noodzaak om deze voorraad per direct aan te vullen. Wel weeg ik momenteel af of het opportuun is om deze voorraad met het oog op de toekomst alsnog verder uit te breiden. Ten aanzien van Nanogam+ geldt dat de beroepsgroep vrijwel geheel is overgestapt op het REGN-COV2-product. Ik verwacht dan ook niet dat de voorraad hiervan op zal raken.

196.

Hoe beoordeelt u de keuze van andere landen, waaronder de Verenigde Staten, Australië, Thailand, Maleisië en Zuid Korea, om reeds onder voorwaarden het kansrijke antivirale middel Molnupiravir in te kopen? Overweegt u hetzelfde?

Het staat een land vrij om middelen aan te kopen. Nederland kiest zelf voor eerlijke verdeling van schaarse middelen via een gezamenlijke Europese inkoopprocedure. Voor de inzet van een geneesmiddel zijn gegevens over werkzaamheid, kwaliteit en veiligheid erg belangrijk. Daarnaast is een handelsvergunning van het EMA nodig en is het van groot belang dat de beroepsgroep een plaats ziet voor de middelen in de behandelrichtlijn. Het middel molnupiravir is, net als het antivirale middel van Pfizer via een gezamenlijke inkoopprocedure van de Europese Commissie gereserveerd.

197.

Bent u bereid om via de artikel 5.3-procedure geneesmiddelen (andere dan de middelen waarvoor dit reeds is gebeurd) vervroegd toegang te schenken tot de Nederlandse markt?

Het Europees Medicijn Agentschap (EMA) kan op basis van de beoordeling tijdens de rolling review al een voorlopige uitspraak doen over de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van een geneesmiddel. Dit gebeurt via een zogeheten artikel 5.3 opinie. Daarop kan VWS beslissen om via een «noodprocedure», een niet-geregistreerd geneesmiddel, in Nederland beschikbaar te stellen. Dit doet VWS in overleg met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en met steun van de beroepsgroep. Een noodtoelating kan een nuttig instrument zijn om nieuwe behandelingen versneld bij de patiënt te krijgen. Aangezien de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van niet-geregistreerde geneesmiddelen nog niet volledig is vastgesteld, moet hier voorzichtig mee worden omgegaan.

<sup>44</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1468

<sup>45</sup> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 34

Gezien de huidige fase van de ontwikkeling van behandelingen voor COVID-19-patiënten, raakt de proportionaliteit van deze noodprocedure uit balans. Voor de meest zieke COVID-19-patiënten op dit moment is een behandeling voorhanden en blijft het vaccin de beste manier om te beschermen tegen ernstig verloop van de ziekte.

Daarnaast is het een belangrijk punt dat bij de huidige noodprocedure en de gezamenlijke inkoop van de Europese Commissie (EC), de individuele kosteneffectiviteit niet wordt getoetst, hetgeen in het reguliere proces wel wordt gedaan.

Ook scheidt het veelvuldig inzetten van deze noodprocedure een precedent dat ongeregistreerde geneesmiddelen zonder een volledige beoordeling van kwaliteit, werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit worden ingezet en werkt deze noodprocedure marktverstoring. Tevens speelt het gelijkheidsbeginsel voor patiënten met andere ziektes, die wachten op een behandeling. De ontheffing waaronder deze middelen nu vallen, is slechts in zeer beperkte gevallen inzetbaar en kan dan ook niet worden ingezet voor andere aandoeningen.<sup>46</sup>

Om bovenstaande redenen, zal ik in het algemeen terughoudend zijn in het beschikbaar stellen van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Specifiek voor de antivirale middelen van MSD en Pfizer heb ik, in afstemming met de beroepsgroep, besloten de middelen niet via een 5.3-procedure toegang tot de markt te schenken. Voordat deze middelen ingezet zullen worden in Nederland is daarom een (voorlopige) handelsvergunning nodig.

Tot slot zal ik het beschikbaar stellen van deze middelen geleidelijk weer over laten aan de markt en via de reguliere processen laten doorlopen. Het gevolg van het alleen toelaten van geregistreerde geneesmiddelen is dat deze naar verwachting enkele maanden later beschikbaar komen voor de patiënt.

198.

Welke concrete stappen heeft u al heeft gezet en welke gaat u nog meer zetten om tijdig de implementatie van extramurale geneesmiddelen te realiseren?

Momenteel voer ik gesprekken met Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het RIVM en de GGD om de (on)mogelijkheden voor de implementatie van een nieuw geneesmiddel buiten het ziekenhuis in kaart te brengen.

199.

Wanneer worden de resultaten van het onderzoeken van ZonMw naar de werkzaamheid van deze middelen verwacht?

De antivirale middelen worden ontwikkeld door farmaceutische bedrijven, die ook de onderzoeken naar werkzaamheid en veiligheid van de middelen uitvoeren. VWS verstrekt geen subsidie via ZonMw voor dit type onderzoek. Wel is in 2021 een studie<sup>47</sup> gestart die gericht is op het gebruik van neutraliserende monoklonale SARS-CoV-2 antilichamen als therapie tegen COVID-19 in hoog-risico patiënten. Het doel van de studie is om het

<sup>46</sup> Art. 40 lid 3 onder g Geneesmiddelenwet: Een verbod als bedoeld in het eerste of tweede lid is niet van toepassing [...] indien door Onze Minister ontheffing is verleend aan een in de ontheffing aangeduide natuurlijke persoon of rechtspersoon voor het in het handelsverkeer brengen van een geneesmiddel teneinde de verspreiding van een door Onze Minister in de ontheffing aangewezen ziekteverwekker, gifstof, chemische agens of nucleaire straling die schadelijk kan zijn voor de volksgezondheid, tegen te gaan gedurende een in de ontheffing omschreven periode.

<sup>47</sup> TURN-COVID: Nederlandse cohort studie ter evaluatie van het gebruik van neutraliserende monoklonale SARS-CoV-2 antilichamen – ZonMw

gebruik, effectiviteit, veiligheid en kosten van de verschillende antilichamen in kaart te brengen. Bovendien wordt een landelijk platform gecreëerd om toekomstige nog niet geregistreerde behandelingen van COVID-19 te evalueren.

200.

Kunt u nader toelichten waarom u tot op heden niet kiest om geen specifieke afspraken te maken met alle reeds bij de Europese Commissie beschikbare middelen, maar slechts één daarvan?

In mijn brief van 6 mei 2021 jl.<sup>48</sup> heb ik aangegeven dat ik een hoeveelheid van de COVID-19-antilichaambehandeling REGN-COV2 van fabrikant Roche heb ingekocht via een gezamenlijke inkoopprocedure van de EC. Ook heb ik via de Europese Commissie gezamenlijk een overeenkomst met de producent GlaxoSmithKline (GSK) afgesloten. Deze fabrikant produceert een antilichaambehandeling die enige overeenkomst vertoont met het product van producent Roche. VWS is nog niet overgegaan tot het sluiten van een specifiek contract met deze fabrikant omdat er voldoende voorraad REGN-COV2 is.

Momenteel lopen gezamenlijke inkooptrajecten voor de antivirale middelen van fabrikanten Pfizer en MSD waarbij VWS is aangesloten. VWS heeft inmiddels een reservering geplaatst voor beide middelen. De EMA-registratie voor deze middelen zal nog enkele maanden op zich laten wachten.

Verder is via een gezamenlijke inkoopprocedure reeds in 2020 het middel Veklury (Remdesivir) van producent Gilead aangekocht.

Ik ga terughoudend om met de aankoop van niet-geregistreerde geneesmiddelen, omdat de kwaliteit, werkzaamheid en veiligheid van deze middelen nog niet volledig is vastgesteld. Daarnaast gaat de beroepsgroep over de daadwerkelijke inzet van de nieuwe geneesmiddelen. Indien er (nog) onvoldoende steun van de beroepsgroepen is, omdat er bijvoorbeeld onvoldoende onderzoeksresultaten zijn, dan bestaat het risico dat het aangekochte middel niet wordt uitgegeven. Dat risico probeer ik zoveel mogelijk te vermijden.

201.

Hoe verhoudt dit zich tot de keuze van Nederland om inzake vaccins niet afhankelijk te zijn van één producent, maar om een divers portfolio aan te leggen? Waarom wordt voor geneesmiddelen en behandelingen niet éénzelfde strategie gekozen van risico spreiden?

De strategie voor geneesmiddelen is ook gebaseerd op risicospreiding. Ik houd de nieuwe behandelingen nauwlettend in de gaten en ben aangesloten bij diverse gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie.

Wanneer vanuit de beroepsgroep voldoende steun is voor de inzet van een nieuw middel en dit middel de juiste procedures heeft doorlopen om de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid vast te stellen, zal ik mij inzetten om het middel beschikbaar te stellen voor de Nederlandse patiënt. Wel zal ik het beschikbaar stellen van deze middelen geleidelijk weer over laten aan de markt en via de reguliere processen laten verlopen

202.

Bent u in gesprek met andere fabrikanten van kansrijke geneesmiddelen en behandelingen om te bezien of en hoe deze zo spoedig mogelijk in Nederland kunnen worden gebruikt? Zo ja, kunt u een uitputtend overzicht geven van de fabrikanten en middelen waarom dit gaat? Zo nee, bent u bereid om deze gesprekken zo snel mogelijk te initiëren?

<sup>48</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 315.

Ja, ik ben met meerdere fabrikanten in gesprek over de middelen die zij in ontwikkeling hebben. De middelen waarover ik in de afgelopen weken heb gesproken met fabrikanten zijn molnupiravir van MSD en paxlovid van Pfizer (beide antivirale middelen) en de antilichaambehandeling Evusheld (tixagevimab/ cilgavimab) van AstraZeneca.

203.

Overweegt u om veelbelovende, maar nog niet geregisterde geneesmiddelen beschikbaar te stellen voor specifieke patiëntengroepen (het «compassionate use programma» via het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) of voor uitzonderlijke, specifieke gevallen (de «named-patient»-route via de Inspectie Gezondheid en Jeugd)?

In de Geneesmiddelenwet zijn verschillende opties opgenomen om een middel zonder handelsvergunning alsnog beschikbaar te stellen voor een patiënt. Allereerst heb ik de bevoegdheid om een ministeriële ontheffing af te geven, zoals ik dat heb gedaan voor het RIVM, via welke route de antilichaambehandeling REGN-COV2 beschikbaar is gekomen. De bevoegdheid om toestemming te geven voor schrijnende gevallen (de compassionate use-route) ligt hierin niet bij mij, maar bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Als het gaat om een ernstige aandoening waarvoor geen alternatief geneesmiddel op de markt is, en aan het nog niet geregistreerde geneesmiddel in de toekomst een handelsvergunning zou kunnen worden verleend, kan de geneesmiddelenfabrikant een verzoek bij het CBG indienen om in aanmerking te komen voor het «gebruik in schrijnende gevallen» oftewel het «compassionate use programma».

Indien een arts vindt dat behandeling van een patiënt niet mogelijk is met in Nederland toegelaten en beschikbare geneesmiddelen, dan legt de arts dit vast in een zogenaamde artsenverklaring. Daarmee kan de apotheek, een groothandel, een fabrikant, of een apotheekhoudende huisarts bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een verzoek voor toestemming indienen. Het niet in Nederland toegelaten geneesmiddel kan dan toch worden geleverd. De bevoegdheid om toestemming te geven voor het leveren van een niet in Nederland geregistreerd geneesmiddel op artsenverklaring (de «namen patient route») ligt bij de IGJ. Hiervoor moet een zorgverlener of een groothandel een verzoek indienen bij de IGJ. Bij de «compassionate use» en «named patient route» ligt het initiatief bij de leverancier of zorgverlener. Bij de ministeriële ontheffing ligt het initiatief bij mijzelf, daarom heb ik voor deze route gekozen.

204.

Hoe groot is het budget dat u in 2021 en 2022 beschikbaar heeft gesteld voor onderzoek naar, alsmede de aankoop en implementatie van innovatieve geneesmiddelen en behandelingen tegen COVID-19?

Sinds het begin van de pandemie heb ik ingezet op het beschikbaar stellen van behandelingen van COVID-19. Enerzijds is hiertoe onderzoek mogelijk gemaakt en anderzijds koop ik daarmee geneesmiddelen voor COVID-19 in.

Voor de periode 2021–2022 is in totaal € 51 miljoen onderzoek naar innovatieve behandelingen via ZonMw en via Future Affordable Sustainable Therapies (FAST).

Ook is voor de periode 2021–2022 € 50 miljoen beschikbaar voor de aankoop van nieuwe middelen voor de behandeling van COVID-19.

205.

Kan het aantal locaties en diensten waar het dragen van mondkapjes verplicht is in verband met de veiligheid van mensen in de risicogroepen



worden uitgebreid (verwijzing naar eerdere vraag over bijvoorbeeld supermarkten)?

In overleg met vertegenwoordigers van de doelgroep en op basis van het 125<sup>e</sup> OMT-advies, was al besloten om de mondkapjesplicht per 25 september te handhaven in het openbaar vervoer, in vliegtuigen en op luchthavens vanaf de security. Op basis van het 128<sup>e</sup> OMT-advies, heeft het kabinet besloten om het aantal locaties en diensten waar het dragen van een mondkapje verplicht is uit te breiden. Vanaf 6 november geldt een mondkapjesplicht in alle publieke binnenruimten, zoals supermarkten, in en rond het openbaar vervoer, in vliegtuigen en op luchthavens, bij verplaatsing in mbo-scholen, hogescholen en universiteiten, en bij bezoek aan of uitoefening van een contactberoep. In situaties waar het verplicht is een coronatoegangsbewijs te laten zien, zoals in de horeca, geldt een uitzondering op de mondkapjesplicht.

Zorginstellingen vallen niet onder de wettelijke mondkapjesplicht. Zij kunnen er zelf voor kiezen om in hun richtlijnen en behandeladviezen het gebruik van mondkapjes verplicht te stellen. Met het oog op de bescherming van mensen die verhoogd kwetsbaar blijven na besmetting met het coronavirus is aan zorgsectoren in de curatieve zorg de oproep gedaan het gebruik van mondkapjes weer verplicht te stellen.

206.

Voor hoelang geldt het vrijhouden van 200 IC-bedden voor COVID-patiënten?

Als het Coronavirus onder controle en nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg in Nederland, is de epidemie voorbij. We komen dan in de «endemische fase». In de endemische fase wordt het Coronavirus op dezelfde manier bestreden als andere infectieziekten. Het is dan niet meer nodig om te werken met opgeschaalde IC-capaciteit voor Covid-patiënten. We werken nu aan bouwstenen over de crisisbestendigheid van de zorg, inclusief vraagstukken over zorgcapaciteit. Hiervoor moeten we de nodige geleerde lessen ophalen en deze vervolgens uitwerken, samen met betrokken partijen. In de beleidsagenda pandemische paraatheid die ik in december aan uw Kamer stuur, ga ik hier nader op in. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

207.

Is bekend hoeveel mensen via prikken zonder afspraak gevaccineerd zijn?

Volgens de meest recente data van woensdag 17 november 2021 zijn er in totaal 532.240 vrij inloop prikken gezet bij 396.496 personen. Dit is inclusief de 3<sup>e</sup> prikken voor immuungecompromitteerden. Het gaat hierbij om mobiele units, pop-up locaties en reguliere locatie waarbij prikken zonder afspraak mogelijk is (bron: GGD-GHOR).

Het gaat hier voornamelijk om de eerste prikken die via «prikken zonder afspraak» gezet worden. In veel gevallen wordt op dat moment direct een afspraak ingepland voor de tweede prik waardoor deze tweede prikken niet als vrije inloop prik geregistreerd worden. Hierdoor is de verhouding tussen aantal prikken/aantal personen lager.

208.

Wanneer worden concrete vervolgstappen rondom de vraag naar Tocilizumab verwacht? Wat ziet u als acceptabele termijn?

In mijn laatste stand van zakenbrief rondom COVID-19<sup>49</sup>, heb ik de actuele situatie rondom de beschikbaarheid van tocilizumab toegelicht. Ook heb ik uw Kamer op 9 november in een aparte brief<sup>50</sup> geïnformeerd over de komende periode. Zoals ik daarin meld, heeft er nog geen acuut tekort plaatsgevonden. Tegelijkertijd zijn er nog zeker enkele weken van verminderde beschikbaarheid aanstaande, waarin de stijgende ziekenhuisopnames het onzeker maken of een tekort definitief kan worden afgewend. Elementen die hebben bijgedragen aan het afwenden van een acuut tekort zijn onder andere een nieuwe levering tocilizumab vanuit fabrikant Roche die eerder dan verwacht plaatsvond en de buitengewone flexibiliteit die onze ziekenhuizen hebben getoond in het inspelen op een sterk veranderend speelveld. Ook het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) speelt een essentiële rol in het veiligstellen van de beschikbaarheid van IL-6 remmers zoals tocilizumab voor zowel de geregistreerde indicaties als voor de behandeling van COVID-19-patiënten. Zoals ik u eerder heb gemeld, blijf ik gedurende dit proces in nauw contact staan met het LCG, het Meldpunt en het veld. Bij relevante ontwikkelingen zal ik uw Kamer opnieuw informeren.

---

<sup>49</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1468

<sup>50</sup> Kamerbrief over beschikbaarheid van geneesmiddelen tocilizumab, sarilumab en IL-6 remmers | Kamerstuk 29 477, nr. 732