

**LIJST VAN VRAGEN**

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het **Rapport over de effectiviteit van verschillende toepassingen van het Coronatoegangsbewijs**.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

De adjunct-griffier van de commissie,  
Heller

- Nr. Vraag**
- 1 Wat was de exacte vraagstelling van uw ministerie aan de onderzoekers?
  - 2 Hoe kijkt u naar de uitvoering, monitoring en controle in het geval van 2G en 3G, als het gaat om bijvoorbeeld de bekende afname in vaccin effectiviteit (VE) en de grote variabelen in immuniteitsgehalten bij herstel en herbesmetting?
  - 3 Hoe kijkt u naar het feit dat 1G een grotere groep mensen op basis van een evenredig speelveld de mogelijkheid geeft tot (zo goed als mogelijk) veilige participatie, waar dat bij de andere varianten om een kleinere groep gaat? Is dit een factor die u in overweging neemt? Zo ja, hoe zwaar weegt dit?
  - 4 Hoe apprecieert u het rapport, dan wel wanneer komt u met een appreciatie van het rapport?
  - 5 Kan in grote lijnen worden aangegeven wat de economische-, maatschappelijke- en sociaal- psychologische effecten zijn van het geconstateerde gevolg van 2G «dat naar schatting tussen de 180.000 en 195.000 ongevaccineerde volwassen Nederlanders zeker minder contacten zullen hebben bij een invoering van 2G op de locaties waar midden november 2021 nog 3G van toepassing was.»?
  - 6 Zijn er gegevens uit andere onderzoeken die de uitkomsten ten aanzien van de effectiviteit van 2G uit het rapport bevestigen, dan wel tegenspreken? Zo ja, welke zijn dat dan?
  - 7 Overweegt u naar aanleiding van het onderzoek, zolang varianten waarbij vaccins minder effectief blijken dominant zijn, te stoppen met het voorschrijven van coronatoegangsbewijzen (CTB's)?
  - 8 Klopt het dat u in uw laatste stand van zakenbrief COVID-19 het volgende schreef: «Het RIVM heeft op 28 december jl. een nieuwe rapportage gepubliceerd over de effectiviteit van de in Nederland gebruikte COVID-19-vaccins tegen ziekenhuis- en ic-opnames. De rapportage is bij deze brief gevoegd. In deze rapportage gaat het om de effectiviteit van de primaire vaccinatie tegen de tot dan toe dominante deltavariant. Nu inmiddels de omikronvariant dominant is, is er behoefte aan Nederlandse data over de effectiviteit van zowel de primaire vaccinatierreeks als de boostervaccinatie tegen ziekenhuis- en ic-opname door COVID-19. Het RIVM verwacht op 19 januari een volgend rapport te kunnen publiceren met recente data waarbij waarin het RIVM tevens onderscheid maakt tussen volledige vaccinatie met de basisserie en boostervaccinatie. Dit rapport zal ik na publicatie aan uw Kamer sturen. Hiermee geef ik invulling aan de toezegging aan uw Kamer over het inzichtelijk maken van de implicaties van de omikronvariant voor de vaccineffectiviteit.»?  
Klopt het dat hieruit moet worden geconcludeerd, dat als het gaat om de nieuwe doorrekening van de CTB-modaliteiten, de Technische Universiteit (TU) Delft rekende met een effectiviteit van vaccinatie tegen ziekenhuis- en ic-opname door COVID-19 die gebaseerd is op de deltavariant? Zo ja, aangezien de effectiviteit van de vaccins per variant afneemt, kan dan worden geconcludeerd dat de effectiviteit van de CTB-modaliteiten minder is voor de omikronvariant dan deze doorrekening? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zijn deze doorrekeningen dan waard? Welke conclusies kunnen er dan nog uit getrokken worden?

- Nr. Vraag**
- 9 Bent u bekend met de uitspraak van uw voorganger, gedaan tijdens een coronapersconferentie: «Door vaccinatie of door een corona-infectie hebben inmiddels de meeste mensen immuniteit tegen het virus opgebouwd. Nu nog hebben 1,2 miljoen mensen geen bescherming opgebouwd tegen corona, maar aan het einde van deze winter is iedereen waarschijnlijk wel beschermd: door vaccinatie óf door het virus op te lopen.»? Bent u bekend met de peiling van de heer de Hond dat 40 procent van de ongevaccineerden corona heeft gehad? Hoe snel gaat de omikronvariant nu rond onder ongevaccineerden? Hoeveel ongevaccineerden die geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt denkt u dat er nu nog zijn? Hoeveel ongevaccineerden die geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt denkt u dat er over een maand en over twee maanden zijn? Vindt u, dat nu de groep ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt met de snelle verspreiding van de omikronvariant snel slinkt, de doorrekening van de CTB-modaliteiten ook steeds binnen enkele weken weer achterhaald zal zijn? Zo nee, waarom niet? Zo ja, dan kunt u dan op dit soort variabelen vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen baseren?
- 10 Hoe lang duurt het nog voordat groepsimmuniteit wordt bereikt?
- 11 Als de vaccinatiegraad en het aantal mensen dat een natuurlijke infectie heeft gehad groeit, dan wordt het effect van de CTB-modaliteiten toch steeds kleiner? Ook dat gegeven maakt deze doorrekeningen van de TU Delft toch een momentopname? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u daar dan wel beleid op baseren en zulke vergaande vrijheidsbeperkende maatregelen?
- 12 Wanneer beantwoordt u de Wet openbaarheid van bestuur (WOB)-verzoeken van GeenStijl over het achterhouden van een kritisch adviesrapport over 2G?
- 13 Wilt u nog steeds beleid voeren op het reduceren van de verspreiding van het virus (flatten the curve), gezien het toepassen van CTB-modaliteiten slechts een beperkt effect heeft op het reduceren van de verspreiding van het virus in de samenleving? Zo ja, kan dat wel, nu corona endemisch is geworden en de omikronvariant zo besmettelijk is dat er weldra 100.000 positieve tests per dag worden verwacht?
- 14 Waarom wordt in alle doorrekeningen van de CTB-modaliteiten uitgegaan van het invoeren van CTB's op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school? Bent u voornemens 2G toe te gaan passen in werksetting, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen? Hoe verhoudt dit zich tot de uitspraak van uw voorganger tijdens het coronadebat van 16 november 2021: «Je zult, als je kijkt naar die hoogrisicosettings ... Want 2G is geen optie voor werk. 2G is geen optie voor de detailhandel. Dat moet je niet willen. Het moet echt gaan over een hoogrisicosetting. Laten we even de discotheek als voorbeeld nemen.»? Overweegt u 2G-maatregelen op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school zoals werk, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen, gezien in een optimale situatie het invoeren van 2G op alle andere locaties dan school en thuis (denk aan werk, horeca en supermarkten) in januari 2022 kan leiden tot een 16,0% reductie van het R?
- 15 Overweegt u 2G-maatregelen op een substantieel aantal andere locaties dan thuis en school zoals werk, horeca, winkels, supermarkten en sportscholen, gezien uit het onderzoek blijkt dat het effect op het reproductiegetal van CTB-modaliteiten groter is naarmate het op meer locaties wordt toegepast?

- Nr. Vraag**
- 16 Waarom heeft u tijdens de persconferentie aangegeven dat 2G in ieder geval op de lange termijn absoluut gaat helpen bij het openen, sneller openen en langer openhouden, terwijl in alle voorbeelden uit dit rapport blijkt dat toepassing van CTB slechts een beperkt effect? Klopt het dat in de laatste coronabrief van u te lezen is dat u ten tijde van deze persconferentie de conceptversie van deze doorrekening van de TU Delft al had? Zo ja, waarom zei u dit dan?
- 17 Kunt u aangeven wat het effect is van elke maatregel afzonderlijk, aangezien in november 2021 in Nederland zowel de besmettingen met SARS-CoV-2 als de ziekenhuisopnames vanwege COVID-19 sterk toenamen en om beide te verminderen, er tal van maatregelen zijn genomen om de verspreiding van het coronavirus SARS-CoV-2 in te dammen?
- 18 Wat is op dit moment de immuniteitsgraad (vaccinatiegraad + percentage van de bevolking dat infectie heeft doorgemaakt)?
- 19 Wat is het percentage van de bevolking dat in de afgelopen weken geïnfecteerd is met de omikronvariant?
- 20 Wat is de meest recente informatie over de werking van de boostervaccins tegen besmetting en ziekenhuisopnames?
- 21 Wat is de verwachte werking van de boostervaccins tien weken na vaccinatie?
- 22 Welke conclusie trekt u uit het rapport, nu blijkt dat een zeer ingrijpende maatregel (qua burgerrechten) nauwelijks effect heeft in het beteugelen van de pandemie en nu de omikronvariant zoveel milder is dan eerdere varianten?
- 23 Wat is uw laatste schatting over de mortaliteit (Infection Fatality (IFR) en RateCase Fatality Rate (CFR)) van de omikronvariant, gezien in het rapport alleen gekeken wordt naar de besmettelijkheid en niet aan de mortaliteit?
- 24 Heeft u een operationele inschatting van de mogelijkheden om 1G in te voeren? Aan welke testcapaciteit moet dan gedacht worden? Hoe lang duurt het om deze te hebben?
- 25 Betekent het feit dat er, zoals in andere landen wel het geval is, geen schatting in de studie is opgenomen van de mensen die zich alsnog laten vaccineren (of boosten) bij 2G-beleid of bij een bredere toepassing van 3G-beleid, dit expliciet niet de bedoeling is van het 2G/3G-beleid?
- 26 In hoeverre is in dit onderzoek gekeken naar de veiligheid van de verschillende settings (met andere woorden, in een modaliteit van 2G zal er geen of nauwelijks een besmetting plaatsvinden die een ziekenhuisopname tot gevolg heeft)?
- 27 Is het terugdringen van het reproductiegetal van de omikronvariant tot onder de 1 nog steeds het doel van de CTB-modaliteiten? Zo nee, wat is dan het doel?
- 28 Wat is het belang om in te zetten op het terugdringen van het reproductiegetal tot onder de 1 nu blijkt dat de omikronvariant minder ziekmakend is, leidt to fors minder ziekenhuisopnames en corona de endemische fase heeft bereikt?
- 29 Komt er nog een beschouwing op de ethische wenselijkheid of de uitvoerbaarheid van de verschillende opties?
- 30 Met welke vaccinatie effectiviteit (VE) tegen besmetting is gerekend en welke VE tegen besmetting is er na een boostervaccinatie?
- 31 CTB-modaliteiten zouden toch ingezet worden juist om andere maatregelen, zoals afstand houden en een lagere bezettingsgraad van locaties, te kunnen laten vervallen? Zijn de CTB-modaliteiten doorgerekend in combinatie met andere maatregelen, zoals de basismaatregelen?

- Nr. Vraag**
- 32 Is de primaire doelstelling van een eventuele invoering van het CTB het voorkomen van besmettingen? Zo ja, in welk scenario zou dan te verklaren zijn om niet de aangetoonde meest effectieve vorm (1G) te hanteren?
- 33 Hoe duidt u de conclusie dat 1G in mindere mate afhankelijk is van de immuniteit van participanten? Ziet u hierin mogelijkheden voor een grotere groep mensen in vergelijking met de andere varianten?
- 34 Hoe kijkt u naar situaties in het scenario van 2G en 3G, op basis van het feit dat niet iedereen – door eigen keuze of enige vorm van beperking – in staat is geweest om immuniteit op te bouwen?
- 35 Hoe verschilt het effect van 1G op de ziekenhuisopnames in het onderzoek van de TU Delft uit november 2021 en dit onderzoek?
- 36 Zou 1G ook zonder de hoge boostervaccinatiegraad ervoor hebben gezorgd hebben dat substantieel meer contacten mogelijk zouden zijn geweest?
- 37 Is bij het gedragsonderzoek het design van «stated preference» gebruikt?
- 38 Zijn de 500 personen die niet gevaccineerd zijn, en geselecteerd zijn voor het gedragsonderzoek, ongevaccineerd omdat ze niet gevaccineerd kunnen worden, omdat zij niet gevaccineerd willen worden of omdat zij hersteld zijn? Kan in kaart gebracht worden welke invloed deze verschillen kunnen hebben op de uitkomst van het onderzoek?
- 39 Wat is uw reactie op de resultaten van het gedragsonderzoek waaruit blijkt dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft, zelfs groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?
- 40 Wat houdt «niet of nauwelijks» stijging in?
- 41 Wat kunnen de uitkomsten van het gedragsonderzoek vertellen over de inzet van een mix van verschillende CTB-regimes, bijvoorbeeld 1G in de horeca en 2G bij grote evenementen?
- 42 Klopt het dat het verschil tussen 2G en 3G bij deze aannames 0,7% is (in een optimale situatie kan het invoeren van 2G op alle andere locaties dan school en thuis (denk aan werk, horeca en supermarkten) in januari 2022 leiden tot een 16,0% reductie van het reproductiegetal, en bij 3G is dit 15,3%)?
- 43 Begrijpt u de grote groep Nederlanders (vaak jonger dan 60 jaar) die reeds een of twee keer gevaccineerd zijn, maar twijfelen over het halen van de boosterprik? Is het echt noodzakelijk dat deze relatief jonge groep Nederlanders, met een kleine kans op ziekenhuisopname, kiezen voor de boosterprik?
- 44 Wat is de consequentie van het voornemen tot de voortzetting van de CTB's nu blijkt dat op dit moment ruim 6,5 miljoen volwassen Nederlanders de boosterprik niet hebben gehaald? Wat te doen met de door uw voorganger genoemde datum van 1 februari 2022 waarop alle coronatoegangsbewijzen ouder dan negen maanden zouden vervallen indien er niet een derde prik gehaald is?
- 45 Wat zegt u tegen de mensen die gedaan hebben wat u als kabinet vroeg, zich twee keer hebben laten vaccineren, zich aan de maatregelen hebben gehouden en geen corona hebben gekregen, maar waarvan binnenkort wel hun groene vinkje vervalt omdat zij geen boosterprik willen?
- 46 Bent u voornemens het CTB te laten vervallen voor iedereen die de derde prik niet kan nemen voor een bepaalde datum? Zo ja, welke datum is dat?

- Nr. Vraag**
- 47 Klopt het dat u voor het jaar 2022 drie extra coronaprikken voorstelt, bovenop de twee die al gegeven zijn? Komen alleen mensen die straks alle vijf de prikken hebben gehad in aanmerking voor een CTB? Zo ja, waarom? Hoe zit het met de mensen die de derde prik overslaan omdat ze voorlopig toch niet naar het buitenland gaan en de vierde prik vlak voor de zomervakantie wel nemen? Krijgen ze dan wel of geen CTB? Wat als iemand de eerste en tweede prik wel neemt, de derde en vierde niet, en de vijfde weer wel? Krijg je dan na de vijfde prik een coronatoegangsbewijs?
- 48 Welke locaties buiten thuis, school en werk zijn het meest effectief in het reduceren van het reproductiegetal bij 1G? Valt hierbij een rangschikking te maken in sectoren? Anders gezegd, in welke sectoren loopt het reproductiegetal het meest op zonder 1G?
- 49 Wat is de verklaring voor de bevinding dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft, groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?
- 50 Welke gevolgen worden verbonden aan het gegeven dat de groep ongevaccineerden die aangeeft dat ze een vaccin zullen nemen als het CTB wordt afgeschaft groter is dan de groep die zegt een vaccin te nemen als de overheid 2G invoert of op meerdere plekken 3G invoert?
- 51 Is eerder in overweging meegenomen dat een grote groep ongevaccineerden voor alternatieve activiteiten met andere mensen dan hun gezinsleden zal kiezen als zij door 2G geen toegang meer hebben tot bepaalde locaties? Zo ja, hoe dan en waar blijkt dat uit? Zo nee, gaat u dat dan alsnog doen en tot welke conclusies leidt dat bij u?
- 52 Zijn de deelnemers aan het onderzoek die het vaccin nooit zouden nemen, deelnemers die niet gevaccineerd kunnen worden, deelnemers die niet gevaccineerd willen worden of mensen die de infectie reeds hebben doorgemaakt en dus een hertelbewijs kunnen aanvragen?
- 53 Hoeveel ongevaccineerden denkt u tot vaccinatie te kunnen pushen met de CTB's en op welke termijn? Hoeveel ongevaccineerden denkt u tot vaccinatie te kunnen pushen met de uitbreiding van CTB's in het mbo, hoger onderwijs en in werksetting? Hoeveel ziekenhuisopnames van ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt verwacht u nog? Hoeveel ic-opnames van ongevaccineerden die ook geen natuurlijke infectie hebben doorgemaakt verwacht u nog? Aangezien deze groep ook slinkt en dus een momentopname is, ook hier de vraag waarom u denkt beleid te kunnen baseren op momentopnames?
- 54 In welke situaties (settings) acht u 1G als een realistisch scenario en is dit ook doorgerekend in het model?
- 55 Is in het gedragsonderzoek meegenomen wat de effecten zijn van (oproepen tot) grootschalige burgerlijke ongehoorzaamheid bij zowel bezoekers als de locaties die bezocht worden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is dat effect?
- 56 Wat zijn de financiële gevolgen voor horeca, bioscopen, theater, concertzalen etc. van 2G/CTB-maatregelen, gezien van de groep ongevaccineerden 50% aangeeft minder naar 2G-locaties te gaan.?
- 57 Welke invloed heeft het resultaat dat 40% van de respondenten bij 2G kiest voor alternatieve activiteiten op de effectiviteit van 2G?
- 58 Hoe gaan andere landen om met het herstelbewijs nu de omikronvariant dominant is?
- 59 Heeft u signalen van andere landen die stoppen met 2G of 2G-plus nu de omikronvariant heersend is?

- Nr. Vraag**
- 60 Kunt u een geactualiseerde lijst aanleveren van landen met 1g, 2g of 3g, en daarin ook betrekken of een land al heeft aangekondigd te stoppen met een van de G's of er al mee gestopt is?
- 61 Wat wordt bedoeld met «2e orde-effect» («wordt bedoeld dat door meer te testen ook meer mensen in quarantaine gaan en anderen niet besmetten»)? Wil dat zeggen dat de effecten van meer potentiële besmette mensen in quarantaine niet is meegenomen in het gemodelleerde reproductiegetal van 1G?
- 62 Kunt u een reactie geven op de recente COVID-cijfers uit het Verenigd Koninkrijk (VK), waaruit blijkt dat gevaccineerden in bijna alle leeftijdsgroepen per 100.000 besmettelijker zijn dan ongevaccineerden? Hoe kan het dat deze situatie in het VK al eind november was bereikt, maar in ons land nog steeds niet het geval zou zijn, terwijl het VK wel voorloopt, maar ook weer geen zes tot acht weken?
- 63 Kunt u een land noemen dat bij de huidige besmettingsgolf (van de omikronvariant) erin geslaagd is de R-waarde onder de 1 te brengen met behulp van 2G/3G/1G? Zo ja, welk land is dit en in welke periode was dit?
- 64 In hoeverre is de Duitse berekening bruikbaar als vergelijkingsmateriaal, nu daar geen rekening is gehouden met compensatiegedrag van ongevaccineerden?
- 65 Op basis van welke gegevens zijn in Nederland de terrassen gesloten, overwegende dat uit een case-control studie uit Frankrijk bleek dat geen toename in transmissie te zien was na opening van terrassen van bars of restaurants?
- 66 Is de bevinding dat er geen toename in transmissie te zien was na opening van terrassen van bars of restaurants te vertalen naar de Nederlandse situatie?
- 67 Is de bevinding, dat voor andere locaties zoals openbaar vervoer, culturele locaties, kappers, restaurants, en sportactiviteiten geen hoger risico op infectie gevonden is, te vertalen naar de Nederlandse situatie?
- 68 Hoe is het aandeel mensen die corona hebben gehad, maar geen herstellbewijs hebben, precies bepaald?
- 69 Waarom wordt met twee modellen gewerkt, namelijk met New Generation en Risico Taxatie?
- 70 Hoe zijn herinfecties meegenomen in het onderzoek?
- 71 Hoe verhoudt dit onderzoek zich tot de modellering van het Outbreak Management Team (OMT) over de effectiviteit van het CTB op 22 november 2021 (Bijlage 1 bij advies 130e OMT)? In welke mate is het modelontwerp anders en welke parameters zijn anders?
- 72 Hoe verhouden het Risico Taxatie Model en het Next Generation Model zich tot elkaar? Beoordelen de onderzoekers de beide modellen als even robuust? Modelleren beide modellen dezelfde zaken? Op welke vlakken verschillen de modellen?
- 73 Klopt het dat in dit onderzoek alle settings, zowel hoogrisico (discotheek binnen) als lager risico (buiten), als hetzelfde worden beschouwd? Zo ja, is het mogelijk om het onderzoek hetzelfde te doen als het doel van de wet (laag risico versus hoog risico)?
- 74 Wat is de reden dat de precieze relatie tussen het effect van CTB-beleid op het reproductiegetal en het aantal nieuwe ziekenhuisopnames niet onderzocht is in dit onderzoek, met name omdat het voorkomen van de druk op de zorg een belangrijk doel is in uw strategie?
- 75 Met welke kans op een fout-negatieve sneltest is binnen dit onderzoek gerekend? Wat is de kans op een fout-negatieve sneltest bij de omikronvariant?



- Nr. Vraag**
- 76 Is met behulp van dit model een berekening te maken van het aantal sectoren 3G, aantal sectoren 2G en aantal sectoren 2G-plus? Is dit dan op te vragen of wordt dit dan meegenomen bij besluitvorming om 2G toch in te voeren?
- 77 Welke variabelen lagen nog meer ten grondslag aan deze doorrekeningen van de CTB-modaliteiten door de TU Delft? Welke van deze variabelen zijn nog gebaseerd op de deltavariant en welke zijn gebaseerd op de omikronvariant?
- 78 Deelt u de mening dat CTB-modaliteiten doorgaans gebaseerd zullen zijn op doorrekeningen die gebaseerd zijn op vorige varianten en niet op de actuele dominante coronavariant en daarmee momentopnames zijn? Zo nee, waarom niet? U kunt zulke vergaande vrijheidbeperkende maatregelen als CTB's toch niet baseren op momentopnames?
- 79 Hoe groot is het effect van kleine wijzingen in de aannames in de modellen, en hoe groot is de kans dat die erin zitten?
- 80 Wat is de beweegreden van de 9% ongevaccineerden, die zich wel willen laten vaccineren als het CTB wordt afgeschaft? Verwachten de gedragsdeskundigen dat hier ook daadwerkelijk opvolging aan zou worden gegeven?
- 81 Hoe groot is naar benadering de groep respondenten die aangeeft dat een «traditioneel» vaccin als Novavax hen over de streep strekt?
- 82 Hoe verhouden de gehanteerde testkwaliteit bij toegangstesten in dit onderzoek en de gehanteerde sensitiviteit van toegangstesten in de modellering van het OMT van 22 november 2021 zich tot elkaar?
- 83 Wordt er met betrekking tot de inzet van CTB werk van gemaakt om meer inzicht te krijgen in onderscheid tussen verschillende type locaties binnen de klasse overig en werk?
- 84 Is onderzocht, c.q. is er bestaand onderzoek, naar het verschil in ontvankelijkheid voor het virus tussen mensen met en zonder vaccinatie?
- 85 Hoe wordt de VE precies berekend?
- 86 Zijn «betere» testen ook daadwerkelijk voorhanden?
- 87 Waarom de oproep voor de boosterprik vanaf achttien jaar, terwijl er aanwijzingen zijn dat de VE voor jongeren iets groter is dan voor ouderen door een betere immuunrespons?
- 88 Waarom is het percentage in het optimistische scenario in tabel 14 niet verhoogd bij de U individuen?
- 89 Is in dit onderzoek meegenomen wat de leeftijdsopbouw is van bezoekers aan bepaalde evenementen en dit door vertaald aan de risico's voor ziekenhuis- en IC opnames (een hardrock festival trekt wellicht niet zoveel ouderen)?
- 90 Hoeveel tests per week moeten afgenomen worden om 1G het meest effectief te krijgen (inzet overall behalve in de thuissituatie)?
- 91 Is bij de bescherming door vaccinatie meegenomen dat deze bescherming afneemt in de loop der tijd?
- 92 Is het correct te veronderstellen dat CTB's meer effectief zijn in de beginfase van een pandemie, daar de effectiviteit groter is als er minder mensen immuun zijn?
- 93 Kunt u uitleggen wat precies wordt bedoeld met «daarom is als gevoeligheidsanalyse ook uitgewerkt wat het effect is op het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames als verondersteld wordt dat de niet gedocumenteerde infecties geen bescherming genieten»? Kunt u uitleggen wat het nut hiervan is?
- 94 Heeft u op enig moment overwogen de boosterprik alleen voor 60+ers beschikbaar te stellen, gezien in het rapport staat dat de boosterprik in eerste instantie alleen was voorzien voor 60+ers is?



- Nr. Vraag**
- 95 Is virusoverdracht leeftijdsgebonden? Zo ja, heeft u daar een overzicht van?
- 96 Wat is de reden dat het verschil tussen 2G en 2G +1G in tabel 18 44% is, terwijl 1G 33% oplevert?
- 97 Waarom zijn er CTB-maatregelen als de mensen die het meest beschermd dienen te worden toch niet aanwezig zijn, overwegende dat het effect op het aantal besmettingen bij het CTB-beleid is bepaald onder de aanname dat 70+ers niet aanwezig zijn?
- 98 Waarom is ervoor gekozen te rekenen met 30%, terwijl uit het gedragsonderzoek 40% kwam? Wordt hiermee in feite gezegd dat het gedrag wat uit het gedragsonderzoek komt dus in feitelijk gedrag niet terug te vinden zal zijn? Waarom worden dit soort onderzoeken dan gedaan?
- 99 Wat kan het invoeren van 1G betekenen voor het openen van nachtclubs en de organisatie van grote evenementen?
- 100 Is 2G of 3G effectiever bij een lage, of een hoge boostervaccinatiegraad? Aan welke graad moet dan gedacht worden?
- 101 Waarom is met een transmissiereductie gerekend van 50% (data deltavariant), terwijl bij de omikronvariant alleen de infectiereductie van dubbelgevaccineerden is gedaald naar ~20%?
- 102 Neemt het rapport het Schuit et al.-onderzoek mee in de afweging over de testsensitiviteit, waarin een correctie voor viral load wordt gemaakt om te kijken naar de sensitiviteit, dat in lijn is met internationale literatuur wanneer gekeken wordt naar de effectiviteit van testen als preventief middel (testen voor toegang)? En zo ja, waar blijkt dat uit<sup>1</sup>?
- 103 Waarom is niet gekozen voor een testsensitiviteit van alleen asymptomatische mensen? Mensen blijven toch thuis blij klachten, dus alleen asymptomatische mensen laten zich dan testen?
- 104 Is deze tabel gebaseerd op de delta- of omikronvariant?
- 105 Hoe kan de waarde van het herstelbewijs worden geïnterpreteerd, nu zichtbaar is dat er bij de omikronvariant veel herbesmettingen zijn?
- 106 Klopt het dat de sensitiviteit en specificiteit van sneltesten minder is bij de omikronvariant omdat deze besmettelijker is? Zo ja, met hoeveel en hoe beïnvloedt dit de resultaten van het onderzoek?
- 107 Wat is bij de omikronvariant de kans op herinfectie en hoe is die kans meegenomen in dit onderzoek, gezien 2G en 3G ook herstelbewijzen bevat?
- 108 Zijn in de landen alwaar 2G wel is ingevoerd ook modellen beschikbaar van de omikronvariant die een doorrekening van de effectiviteit van de verschillende modaliteiten laten zien?
- 109 Kunt u bevestigen dat besmettingen en ziekenhuisopnames ten opzichte van geen CTB, de deltavariant betreft en dus niet de omikronvariant?
- 110 Wordt de werking van de testen beïnvloed door de varianten die zich steeds ontwikkelen?
- 111 Is de duur van de werking van de booster meegenomen?
- 112 Is het door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) benoemde effect van meerdere boosters achter elkaar op de weerstand (deze vermindert) meegenomen in de afweging en inschatting?
- 113 Als iets wordt geconcludeerd over «de invoering van CTB-beleid», slaat dit dan zowel op het wetsvoorstel met betrekking tot 2G, als ook op het wetsvoorstel om het CTB de werkvloer toe te passen?

- Nr. Vraag**
- 114 Wat zijn de uitgangspunten geweest bij de berekening van de (relatieve) effectiviteit van het CTB op de werkvloer, in de zin van waar men vanuit is gegaan in de aantallen werkplekken waar de CTB zou gaan gelden, welke aantallen mensen en wat voor soort werkplekken heeft men verondersteld (veel contacten versus weinig contacten)?
- 115 Hoe beoordeelt u de inzet van CTB onder de huidige situatie, overwegende dat uit het rapport blijkt dat de inzet van het CTB in relatie tot de epidemiologische situatie en het geldende maatregelenpakket dient te worden bezien?
- 116 Zijn de onderzoekers er bij de berekening van de effectiviteit van de CTB op de werkvloer vanuit gegaan dat de basismaatregelen, zoals de anderhalve meter, van kracht zouden blijven? In hoeverre is verondersteld dat persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt worden als de anderhalve meter niet in acht kan worden genomen en in hoeverre of de ventilatie op de werkplek al dan niet in orde is?
- 117 Hoe interpreteert u dit model in het licht van het gegeven dat de omikronvariant zeer besmettelijk is (een R-waarde van ver boven de 1 tijdens een lockdown)?
- 118 Hoe vaak moet een test worden afgenomen voor de modaliteit 1G?
- 119 Klopt het dat een modaliteit als 1G effectiever wordt in een situatie waar veel besmettingen zijn, zoals op dit moment (onder andere vanwege de positief voorspellende waarde van testen)? En klopt het dat 1G minder effectief en 2G effectiever wordt als er minder besmettingen zijn?
- 120 Hoe verandert de noodzaak van het op dit moment invoeren van 2G door de conclusie in het rapport dat in de huidige epidemiologische situatie het verschil in invloed tussen 2G- en 3G-beleid op het reproductiegetal zeer beperkt is?
- 121 Hoe wordt naar aanleiding van de conclusies van het rapport de mogelijkheid om 1G in te voeren verkend, eventueel in plaats van 2G?
- 122 Hoe schat u de effectiviteit van 2G in als ongevaccineerden, die vanwege 2G contacten moeten mijden, die contacten vervangen voor andere contacten met een hoog besmettingsrisico?
- 123 Wat zou de meest effectieve maatregel in het reduceren van het reproductiegetal zijn geweest zonder de omikronvariant (situatie deltavirus in november)? Kunt u daar een rangschikking in maken?
- 124 Welke variabelen zijn gebruikt voor de doorrekeningen van 1G, gezien één van de conclusies van het onderzoek is dat het invoeren van 1G een veel grotere invloed heeft op het verlagen van besmettingen en ziekenhuisopnames? Is rekening gehouden met superspreadingevents, zoals het kerstfeest in Malaga waar 70 van de 173 aanwezige artsen en ic-verpleegkundigen corona kregen terwijl ze allemaal driemaal waren gevaccineerd en getest? Wat is uw reactie op dit superspreadingevent?
- 125 Klopt het dat de inzet van 2G en 3G nauwelijks effect heeft en dat in de berekening van de effectiviteit van deze maatregelen meegenomen is dat 2G ook op werk en in supermarkten van toepassing is? Klopt het dat de effecten van 2G en 3G in de praktijk dan nog minder effect zal sorteren omdat in deze sectoren geen 2G zal gaan gelden?
- 126 Hoe verhouden de uitkomsten van het onderzoek zich tot (het tijdelijke) artikel 58b, tweede lid, onderdeel c van de Wet publieke gezondheid? Kunt u onderbouwen waarom invoering van 2G en uitbreiding van de coronapas naar onderwijs en werk «evenredig» zou zijn?

- Nr. Vraag**
- 127 Wat betekenen de uitkomsten van het onderzoek voor de huidige verplichtingen van het CTB in bijvoorbeeld sportvoorzieningen? Is dit nog proportioneel, mede gelet op artikel 58ra, tweede lid, onderdeel a?
- 128 Kan hieruit worden afgeleid dat het inzetten van 2G als drangmiddel om mensen te vaccineren een tegenovergesteld effect zal hebben?  
In hoeverre acht u het CTB op de werkvloer nog proportioneel op basis van de resultaten van dit onderzoek?
- 129 Hoe interpreteert u de effectiviteit van 1G, 2G, 3G of 2G-plus, omdat deze effectiviteit afhankelijk is van de uitvoerbaarheid (2G is eenvoudiger uit te voeren dan 3G en 1G is in veel settings onuitvoerbaar)?
- 130 Welke plaats heeft de proportionaliteit van 2G in de overwegingen over dit instrument in het licht van de nieuwe informatie over de effectiviteit?
- 131 Is er bij 2G een punt waarbij de effectiviteit van die maatregel te laag wordt om, mede gelet op het feit dat ongevaccineerden dan uitgesloten worden van bepaalde sectoren, het in de praktijk in te voeren? Zo ja, bij welke effectiviteit, uitgedrukt in besmettingen en ziekenhuisopnames, is de invoering van 2G nodig en wanneer niet meer?
- 132 Welk doel moet 2G dienen? Gaat het om het kunnen openen van nu nog gesloten sectoren, om ongevaccineerden te weren van die sectoren, het verminderen van besmettingen of ziekenhuisopnames of een combinatie van die doelen? Waar ligt de nadruk op?
- 133 Is het voor alle maatregelen mogelijk om op deze manier het effect op het reproductiegetal te berekenen, gezien hier te lezen is dat 2G in optimale situatie tot 16% reductie leidt van het reproductiegetal – wat vergelijkbaar is met het sluiten van de horeca?
- 134 Met welke effectiviteit van het herstelbewijs (dus kans op toch een positieve besmetting) is er bij deze modellen gerekend?
- 135 Wat is op basis van de modellering te zeggen over de effectiviteit van een CTB op de ziekenhuisopnames? Is dit op basis van de modellering van het Next Generation Model ook te zeggen?
- 136 Zijn de gedragseffecten, het compenserend gedrag van niet-gevaccineerden bij een 2G-CTB, uit te drukken in een toename van het reproductiegetal? Zo ja, wat is deze?
- 137 Op welke datum wordt dit onderzoek herzien, aangezien het onderzoek aanbeveelt dit onderzoek maandelijks te herijken?
- 138 Zijn de onderzoekers, bij een herijking van dit model, van plan om gevaccineerd (bij 2G) te definiëren als: volledig gevaccineerd én geboost? Zo nee, waarom niet?
- 139 Kan bij de herijking van het model een modaliteit worden berekend waarbij het herstelbewijs geen onderdeel meer is van 2G? Zo ja, bent u bereid dit in de onderzoeksvraag te verwerken? Zo nee, waarom niet?
- 140 Wordt de aanbeveling van de onderzoekers om de modellen maandelijks te actualiseren en te verfijnen met nieuw vergaarde data en inzichten uit binnen- en buitenland opgevolgd?
- 141 Zullen de aanbevelingen uit het rapport verder opgepakt worden? Zo ja, op welke manier?
- 142 Kunt u aangeven hoeveel testen dagelijks nodig zullen zijn als overgegaan wordt op een 1G beleid? Welke budgettaire en personele kaders zijn hiermee gemeoid?

- | <b>Nr.</b> | <b>Vraag</b>   |
|------------|--|
| 143        | Bent u bereid deze doorrekeningen van CTB-modaliteiten maandelijks te actualiseren en te verfijnen met nieuw vergaarde data en inzichten uit binnen- en buitenland, omdat ze nu eenmaal momentopnames zijn en de variabelen sterk wisselen per coronavariant? Zo nee, waarom niet?         |
| 144        | De vragenlijst bij het gedragsonderzoek stoelt op aannames en schattingen, welke marges zijn hierbij van toepassing?   |
| 145        | Waarom is ervoor gekozen de vragenlijst bij het gedragsonderzoek breder te trekken, richting vragen over financiële houdbaarheid in de persoonlijke levenssfeer, mentaal welbevinden, huidige arbeidsstatus en vragen over de bestrijdingsaanpak? Wat wordt er met deze informatie gedaan? |
| 146        | Waarom staan er geen stellingen in de vragenlijst opgenomen omtrent bijvoorbeeld de keuze tussen 2G of 3G of het sluiten van sectoren?   |

<sup>1</sup> Zie ook Schuit et al. («The sensitivities of both rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts tested on day 5 onwards after close contact with an index case were more than 60%, increasing to more than 85% after a viral load cut-off was applied as a proxy for infectiousness»)