

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1360**

**VERSLAG VAN EEN TECHNISCHE BRIEFING**

Vastgesteld 14 juli 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 22 juni 2021 gesprekken gevoerd over **ontwikkelingen coronavirus – update**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Agema

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Agema**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van Baarle, Van den Berg, Bikker, Gündoğan, Van Haga, Kuiken, Van Meijeren, Paternotte en Aukje de Vries,

alsmede de heer Van Dissel, mevrouw Van Rijn en de heer Roozendaal.

Aanvang 16.30 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Ik open deze technische briefing, die georganiseerd wordt door de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We zijn wat later openbaar dan we hadden voorzien, vanwege een technische storing, maar met dank aan onze technische ondersteuning is het toch allemaal nog gelukt. We zien weer hoe afhankelijk we ervan zijn. Het Ministerie van VWS heeft voor deze technische briefing de heer Van Dissel afgevaardigd, directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, mevrouw Van Rijn, plaatsvervangend dg COVID-19 van het Ministerie van VWS, en de heer Roozendaal, directeur informatiebeleid, CIO van het Ministerie van VWS.

We hebben deze technische briefing gepland tot 18.00 uur. Dat is zeer kort, dus we gaan nu eerst luisteren naar de briefings. Dat zijn er twee. De eerste wordt verzorgd door de heer Van Dissel. We zullen daarna bekijken of we allemaal nog één vraag kunnen stellen. We gaan snel luisteren naar de bijdrage van de heer Van Dissel. Aan u het woord.

**De heer Van Dissel:**

Dank u wel, mevrouw de voorzitter. Ik ga meteen door naar mijn tweede slide. Ik wil u een update geven van de epidemiologie. Ik wil een update geven van de voorspellingen voor de komende zomer en ook richting het najaar. Dan zal ik de dilemma's tonen waar we momenteel, althans in de advisering, mee zitten. Ten slotte zal ik wat vertellen over de manier waarop we de komende periode zicht willen houden op het virus. Dus allereerst de epidemiologie op dit moment. U ziet aan de linkerkant het aantal meldingen bij de GGD. Aan de rechterkant ziet u de ziekenhuisbezetting en de ic-bezetting. Ik heb dit type dia natuurlijk vaker getoond. Wat duidelijk is, is dat er een afname is van zowel de meldingen als van de bezetting in de ziekenhuizen. Het aantal testen is met zo'n 19% afgenomen. Inmiddels zit we op een positieve testrate van rond de 4,3%, dus dat is onder de 5% die de WHO aanhoudt als percentage waarbij er goed zicht is op de verspreiding van het virus in een land. Dat is een belangrijk getal, dat we inmiddels dus realiseren. U ziet dat de meldingen over de afgelopen week met iets van 35% zijn afgenomen en dat we op een totale incidentie zitten van tegen de 30 per 100.000. Het is dus behoorlijk gedaald in de afgelopen weken.

Ook qua ziekenhuisbezetting zijn we gedaald. De ic's zaten vandaag, dacht ik, op 185. In totaal zaten de ziekenhuizen, de verpleegafdelingen, op 277. Dat is natuurlijk toch weer een forse daling. U ziet dat we ten opzichte van de piekbezetting inmiddels met zo'n 90% gedaald zijn. Op de ic's hebben we nog tegen de 5 opnames per dag. Op de verpleegafdelingen hebben we vier à vijf keer meer. Al met al is het een gunstig beeld, zowel wat betreft meldingen en testen als wat betreft ziekenhuisopnames en ziekenhuisbezetting.

Laten we dat dan bekijken in het licht van de ontwikkeling van de afgelopen weken. Hier ziet u de tabel met de afnames. Aanvankelijk hielden we die grens van 20% aan, zoals u zich nog kunt herinneren. U kunt ook zien dat we inmiddels zowel wat betreft de ic als wat betreft de ziekenhuisverpleegafdelingen 90% gedaald zijn ten opzichte van de piek

die we hebben gehad. Dat is dus een forse daling die, zoals ik u straks zal laten zien, naar verwachting ook nog even doorzet.

Dan wat betreft de leeftijd van de personen die worden opgenomen in het ziekenhuis. We hebben al eerder geconstateerd dat de belangrijkste daling begon met de alleroudeste leeftijdsgroepen. Dat ziet u zich ontwikkelen naarmate je verder komt. Rechts zijn de meest recente getallen, van een week terug, maar de afgelopen week is het beeld niet veranderd. Wat je ziet, is dat met name de groepen die gevaccineerd zijn ... In Nederland is dat natuurlijk van een oudere leeftijd naar een jongere leeftijd gedaan. Dat reflecteert zich in het feit dat er steeds minder ziekenhuisopnames in die leeftijdscohorten zijn. De alleronderste lijnen, de blauwe lijn, zijn degenen die nog gevaccineerd moeten worden of net één vaccin hebben gehad. Die lijnen lopen nog vrij recht, maar die lijnen liggen natuurlijk veel lager, omdat uit die leeftijdscohorten veel minder personen worden opgenomen. Al met al reflecteert het ziekenhuisbeeld het vaccinatiebeleid in Nederland. Daar speelt overigens ook een seizoenseffect doorheen. Het seizoenseffect is, voor de duidelijkheid, momenteel gunstig, in tegenstelling tot wellicht in het najaar en de winter.

Dan het epidemiologisch beeld, verspreid over de kaart van Nederland. U ziet dat er in de afgelopen twee weken lage aantallen zijn en dat het eigenlijk redelijk verspreid is over Nederland, met altijd wat minder in de noordelijke provincies. Ik heb voor mevrouw Van Esch van de dierenpartij nog een plaatje toegevoegd, maar die is er vandaag juist niet. Zij vroeg vorige week naar het cumulatieve plaatje. Dat ziet u aan de rechterzijde. Dat is vanaf het eerste geval februari tot gisteren bijgewerkt. De intensiteit van kleur geeft weer waar de meeste gevallen waren. U ziet dat dat toch met name in Noord-Limburg, Noord-Brabant, een deel van Zuid-Holland en Twente is geweest.

We gaan door naar de prevalentiegraad. Dit getal geeft weer – en het is een schatting op basis van een model – hoeveel personen er totaal in Nederland besmettelijk zijn. Men is zo'n dag of zeven besmettelijk. Dan ziet u dat, waar we heel recent nog tegen de 180.000 tot 200.000 aan zaten, we inmiddels gedaald zijn naar ongeveer 25.000, met ook nog een onzekerheid natuurlijk. En dat tezamen met een reproductiegetal dat onder de 1 ligt, doet de verwachting opkomen dat dit getal nog verder zal dalen en dat we dus eigenlijk een vergelijkbare situatie krijgen als vorig jaar in de zomer. Dat ziet u aan de linkerzijde. We zitten er nog net ietsje boven. Het vraagteken geeft natuurlijk met name aan: gaan we in de nazomer opnieuw een toename zien, zoals we het afgelopen jaar hebben gezien, of gaat die er dit jaar hopelijk niet komen? Ik zal u zo de verschillende factoren noemen die daarvoor bepalend zijn.

Dan nog even de testen. We hebben in de afgelopen week weer een 20% afname van de testen gehad. En wat ik al aangaf: het percentage positieve testen is ook weer belangrijke gedaald, tot inmiddels onder de 5. Dat betekent dat we volgens de WHO-norm voldoende sensitief, voldoende gevoelig testen en dat het aantal positieve personen momenteel domweg laag is.

Dan de verdeling van de leeftijdscohorten. Dat is inmiddels ook een bekend plaatje dat elke week wordt geüpdatet. U ziet hier voor de oudste leeftijdscohorten met groene pijlen weergegeven dat we eigenlijk heel weinig gevallen zien boven de 50, 60 jaar. Dat is natuurlijk toe te schrijven aan het vaccinatieresultaat. Tegelijkertijd ziet u dat de jongeren tussen de 13 en de 18 jaar en tussen de 18 en de 25 jaar, waarbij het aanvankelijk nog hoog was, inmiddels ook een dalende lijn hebben ingezet. Dus ook dit is een gunstig beeld.

Dan zien we met het openen van de maatschappij dat ook het bron- en contactonderzoek toch net wat andere potentiële bronnen of settings van overdracht constateert. Dat wil ik met dit plaatje laten zien. Aan de linkerzijde staan de verschillende punten, de settings van hoe dat zich over Nederland verspreidt. Daar zie je eigenlijk geen belangrijke

verschillen tussen. Aan de rechterzijde staat de tabel waarin wordt weergegeven waar die setting dan is. We vinden die setting bij zo'n 50 tot 60% van de personen die we ondervragen. Dan is er dus een gerelateerd geval en kan men aangeven of dat gerelateerde geval is opgetreden in het gezin. U ziet dat dat nog het hoogste percentage is. Het kan ook komen door onderling bezoek. Dat is de tweede hoogste. Vervolgens krijg je het werk en de scholen. Maar inmiddels zien we ook feestjes opkomen – en dat is natuurlijk lange tijd nul geweest – en met name ook vakanties. En die vakanties zijn straks belangrijk, dus daar kom ik zo nog op terug. Maar naarmate je de maatschappij opent, zie je natuurlijk de consequenties dat er meer contacten zullen zijn in een andere setting en dat dat zich met een zeker percentage ook vertaalt in besmettingen, ofschoon het absolute aantal besmettingen natuurlijk afneemt. Dat heb ik zojuist getoond. Samengevat zien we een afname van de testvraag en een afname van het aantal positieve testen. We zien dat de incidentie daalt naar rond de 30 tot 35 per 100.000. De instroom in de ziekenhuizen blijft dalen. Er zijn overigens ook weinig besmettingen in zorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Dat is gunstig. Daar zijn natuurlijk de meeste personen gevaccineerd. We zien clusters ontstaan rond school maar ook rond jongerenvakanties. Dat is iets wat vorige week actueel was. Jongeren die na hun eindexamen in het buitenland vertier zoeken – uitstekend natuurlijk – maar die zich dan helaas daar ook mengen met buitenlanders die bijvoorbeeld naar Portugal komen, zoals Engelsen, en dan in enigen getale toch die deltavariant als souvenir van de vakantie mee terugnemen. Dat levert natuurlijk een import van gevallen die we eigenlijk niet willen, want dat voegt allemaal toe aan de kans op verdere verspreiding binnen Nederland.

Bij de vaccinaties zijn inmiddels alle personen tot en met de 18-jarigen uitgenodigd. Dat is iets wat voortrolt. U weet dat de Gezondheidsraad binnenkort ook besluit of men gaat adviseren om te gaan vaccineren in de leeftijdsgroep van 12 tot 18 jaar.

Dit is dus even de samenvatting van de huidige setting. Overall genomen is de situatie natuurlijk domweg gunstig te noemen, maar er zijn toch ook wel weer een paar donkere wolken die ik met u wil bespreken. Dat doe ik eerst naar aanleiding van de modellering en de kiemsurveillance.

In de kiemsurveillance houden we bij wat binnen Nederland het aandeel is van de verschillende virusvarianten in het totaal van de besmettingen in Nederland. We doen dat aan de hand van een aselechte steekproef van bemonsteringen die we bijvoorbeeld krijgen via de GGD'en. Inmiddels heeft de WHO gezegd dat we over moeten stappen op alfa, bèta, gamma en delta. Op sheet 12 ziet u dat weergegeven. De alfa is de UK-variant. Die is in Nederland nog steeds verantwoordelijk voor zo'n 90% van de besmettingen. In de rijtjes daarna zien we de Zuid-Afrikavariant, de Brazilievariant en de deltavariant, dat is natuurlijk de Indiavariant. We zien dat met name die Indiavariant in de afgelopen weken, na een zeer laag begin, toch wel door is gestegen. Daarbij kan natuurlijk import vanuit het buitenland mede een rol spelen, bijvoorbeeld via de jongeren. Dus het zal wel de vraag zijn hoe zich dat verder ontwikkelt. U ziet dat de deltavariant inmiddels naar 9% is gegaan, terwijl dat aandeel eerst zo rond de 1,5% tot 2% was. Dat gaat ten koste van de UK-variant. U ziet ook dat de Zuid-Afrikavariant in Nederland eigenlijk helemaal uit beeld verdwenen is, en dat de variant uit Brazilië nog verantwoordelijk is voor zo'n 2,5% tot 3%.

Als we die getallen doortrekken ...

**De voorzitter:**

Meneer Paternotte, een vraag ter verduidelijking.

De heer **Paternotte** (D66):

Excuus, ik wilde u niet midden in een zin onderbreken. Klopt het dat die deltavariant in week 22 verantwoordelijk was voor 2,8% van de besmettingen en een week later voor 9%? Dat is dus meer dan een verdrievoudiging van het aandeel van de Indiase deltavariant.

De heer **Van Dissel**:

Ja.

De heer **Paternotte** (D66):

En dat is dan in feite twee weken geleden gebeurd?

De heer **Van Dissel**:

Ja, sinds deze bemonstering, hè. Dat heeft natuurlijk allerlei mitsen en maren, want de representativiteit van die bemonstering kan weleens wisselen. En u kunt zich ook voorstellen dat naarmate het totaal aantal besmettingen afneemt, het eigenlijk steeds gevoeliger wordt voor clusters die je misschien niet meteen herkent. En dan krijg je plotseling een hoger percentage dan misschien de realiteit is. Dus wij moeten ook roeien met de riemen die we hebben, en dit is wat we bepalen. Dat rekenen we ook door in de modellen. Maar daar zit natuurlijk een schatting in en er zit een zekere onzekerheid aan vast. Dat wil ik wel benadrukken. Maar wat u zegt, is helemaal juist: we zien dat het dus plotseling vrij snel stijgt. Waardoor kan dat? Domweg omdat deze variant besmettelijker is. Dat houden we natuurlijk aan en dat is iets wat in Engeland ook duidelijk geworden is. Maar het zou ook kunnen dat er bijvoorbeeld toch een ongekende import is geweest die plotseling toevoegt. We hebben recent die jongerenvarianties gehad. We weten nu dat het daarbij toch voornamelijk om deltabesmettingen gaat. Daardoor zou dit dus ook heel goed kunnen.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik heb ook een verhelderende vraag. We lezen in de media inmiddels ook over de lambdavariant. Die komt, dacht ik, uit Peru. Die wordt nog niet bekeken?

De heer **Van Dissel**:

Nou, we controleren op elke variant die u zich maar kunt voorstellen, maar we vinden die nog niet in enig significant aantal. Je hebt de Columbiavariant, de Californiëvariant. Iedereen wil met zijn naam in de krant. O nee, dat mag niet meer. We moeten het allemaal jota, zeta, teta et cetera gaan noemen. Ik hoop dat dat gaat lukken de komende tijd. Maar vooralsnog gaat het om de alfa- en de deltavariant. De deltavariant schatten we nu besmettelijker in, ook op grond van de ontwikkelingen in Nederland. Op sheet 13 wordt dat doorgetrokken. U ziet daar wat we verwachten met betrekking tot de nazomer en de periode daarna. En vanwege het feit dat we op de huidige aantallen projecteren dat die deltavariant besmettelijker is dan de eerdere UK-variant, verwacht je dus dat de deltavariant de UK-variant gaat verdringen. U ziet dat dat waarschijnlijk ergens begin juli zal gebeuren. Tegelijkertijd moet u zich hierbij natuurlijk wel realiseren dat het overal aantal vooralsnog steeds dalende is. Het gaat om proporties binnen een totaal dalend aantal. De vraag die we nu nog niet kunnen beantwoorden, maar die natuurlijk belangrijk wordt, is of de deltavariant een dermate verhoging van het reproductiegetal geeft dat ze kans ziet om toe te nemen, terwijl de andere – zo hebben we ook een periode gehad met de klassieke en de Britse variant – in de komende periode dan toch weer gaat toenemen. Dat zal

domweg moeten blijken. We zien nu alleen dat die zich dus wat sneller verspreidt, op grond van de huidige getallen, dan de alfavariant. Dan kunt u zich afvragen hoe de situatie elders in Europa is. Die is eigenlijk identiek aan Nederland. Je hebt landen met vliegverboden, je hebt landen zonder vliegverboden, daar zien we eigenlijk geen verschil tussen. Ik hoorde gisteren van een collega dat ze in Duitsland meer dan 10% hebben. Nou, die hebben een vrij streng importbeleid. Ook daar zie je dus een toename die zeer gelijkend is aan wat we in Nederland zien. België zit weer wat hoger met 13%. Kortom, dit is eigenlijk een natuurlijk gebeuren, waarbij met name belangrijk wordt – daar kom ik zo nog op terug – hoe de deltavariant reageert op de vaccinaties. Dat is natuurlijk een belangrijk punt. En vervolgens gaat het om de vraag of je er wel of niet zeker van wordt.

Wat de situatie in het buitenland betreft, hebben de modellers van het RIVM dat proberen door te rekenen met de getallen die we daar vooralsnog van kregen. Dat ziet u hier weergegeven. Hier komt Nederland dus eigenlijk het ongunstigst uit in de zin dat we als eerste zien dat de meerderheid van de virussen de deltavariant zal hebben. Ik moet hier wel bij zeggen dat de getallen van België, Duitsland en Denemarken nog niet gecorrigeerd waren voor de laatste ontwikkelingen. Van Duitsland en België begreep ik gisterenochtend dat ze daar ook die toename zien. Dan ga ik door naar het reproductiegetal. Dat kun je altijd van enige tijd terug uitrekenen, omdat zich dat moet vertalen naar aantallen die momenteel spelen. U ziet dat dat reproductiegetal begin juni rond de 0,75 lag ...

**De voorzitter:**

Meneer Van Dissel, zou ik ...

**De heer Van Dissel:**

Sorry.

**De voorzitter:**

De R waar u het net over heeft, is die van 3 juni, dus drie weken oud? We zien alle waarden kelderden. Kunt u misschien een inschatting maken die wat actueler is?

**De heer Van Dissel:**

Dat kan helaas niet. Stel dat je het reproductiegetal van vandaag zou willen weten, dan wil je dus van vandaag weten hoeveel contacten er leiden tot infectie, en per definitie heb je dan een incubatieperiode totdat je naar de GGD gaat. Daarom kunnen we dat altijd maar ongeveer twee weken terugzien. Het wordt twee keer per week ...

**De voorzitter:**

Dit is van drie weken geleden.

**De heer Van Dissel:**

Ja, dan heb ik waarschijnlijk een typefout gemaakt, waarvoor ik me meteen excuseer. We updaten twee keer per week op het dashboard van VWS. Dit is de waarde die ik vanochtend van het dashboard haalde. Waarschijnlijk ben ik vergeten die waarde van juni te updaten. Voor de ziekenhuis- en ic-opnames kun je hetzelfde berekenen. Daar is het weer een ietsje langer geleden. Daar kwamen we eigenlijk op getallen die grofweg vergelijkbaar zijn. Maar de clou is dus dat je hem nooit van vandaag kan berekenen, omdat je dan moet weten hoeveel besmettingen er over twee weken zijn. Vandaar dat je altijd minimaal twee weken terugkijkt.

Dan de prognoses. Dit kunt u wat mij betreft even overslaan, want het gaat er eigenlijk om hoe we de prognoses op korte termijn modelleren op

grond van de actuele getallen en op grond van het onderliggende model. Ik heb u dit al een paar keer laten zien, waarbij ook de blauwe lijn wordt meegenomen, en dat is een lijn die misschien had gegolden als er geen enkele versoepeling was geweest sedert januari. De rode lijn was als we niet meer maatregelen hadden genomen. Nou, u ziet dat de groene lijn de maatregelen volgt, als het gaat om ziekenhuisopnames, maar ook om ic-opnames. Die worden, zoals u ziet, zeer nauw gevolgd, en daar vallen ook de actuele waarden in. Een keer per week wordt het daarop gefit. Die fit maakt dat veranderingen in compliance en dergelijke worden meegenomen. Maar het belangrijkste is dat u ziet wat de voorspelling is. Dit is, voor de duidelijkheid, met de getallen voor de deltavariant van daarnet. Onze voorspelling op korte termijn is dat we een verdere daling van het aantal ic- en ziekenhuisopnames verwachten. U ziet ook dat die onzekerheidsmarge geweldig is teruggelopen, zeker wanneer u dit vergelijkt met grafieken die ik u een, twee maanden terug liet zien. Eerder hadden we hele brede marges rond die groene lijn. Die groene lijn is de 50%-lijn, dus dat is de mediaan. U ziet dat die marges van onzekerheid veel geringer zijn geworden. Dus uit de kortetermijnprognoses op grond van de actuele getallen en het onderliggend model kunnen we concluderen dat we die piek ruim achter de rug hebben. We zien ook nog steeds een snelle daling van het aantal opnames. Dit geldt zowel voor de ziekenhuisopnames als voor de ic-opnames. En we verwachten ook dat die daling in ieder geval in de beginperiode van de zomer gewoon zal doorgaan, en er niet in de komende weken alweer een toename zal zijn. Wat is dan de onderliggende reden daarvan? Dat is natuurlijk niet zozeer het feit dat we strengere maatregelen nemen, want we zijn aan het versoepelen, maar dat komt door het effect van de vaccinaties, tezamen met het seizoenseffect. Die modellering gaat natuurlijk wel van een aantal aannames uit, onder andere met betrekking tot de werking van de vaccins, maar ook met betrekking tot het uitvoeren van de vaccinatiestrategie zoals die door VWS wordt uitgerold, een vaccinatiestrategie die we tot nu toe ook gevolgd hebben. Dan zijn er verder natuurlijk nog aannames rond het ontstaan van eventuele nieuwe varianten. Maar tot en met de deltavariant gaat dit verhaal nog steeds op; dat zal ik u zo nog even illustreren.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Ik heb een vraag ter verduidelijking. Op sheet 19 staat onder het kopje aannames «immuniteit «levenslang» én tegen alle varianten». Ziet dat alleen op immuniteit na de vaccinaties, of ook op immuniteit na een doorgemaakte infectie?

De heer **Van Dissel**:

Beide. Voor de duidelijkheid: «levenslang» staat hier tussen aanhalingstekens, want we praten in dit geval over de weken van de zomer. Maar het wordt natuurlijk wel van belang als je naar het najaar kijkt. Duurt de immuniteit bijvoorbeeld tot en met het voorjaar? Of is er eventueel een reden om weer een booster te geven? Dat zijn natuurlijk dingen die we gewoon nog niet weten. Die liggen in het verschiet. Dat zullen we al lerende duidelijk moeten krijgen, letterlijk kijkend naar hoe het gaat. Ik toon u vervolgens op de sheets 20 en 21 de doorrekening van stap 4 en 5.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken heeft ook nog een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Voor mijn duidelijkheid: u heeft het over conclusies voor de korte termijn en voor de lange termijn, maar het gaat hier eigenlijk alleen maar over de zomermaanden. Correct?

De heer **Van Dissel**:  
Ik zal het u zo allemaal laten zien.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):  
Oké.

De **voorzitter**:  
Ja, gaat u verder.

De heer **Van Dissel**:

Want deze sheet 20 gaat misschien over de iets langere termijn. Hier ziet u dat het over de hele zomer doorloopt. Dit is de doorrekening van stap 4 en stap 5. U ziet wat nog steeds de prognoses zijn wat betreft ziekenhuisopnames en bedbezetting, en op de volgende sheet ook wat betreft de ic-opnames en de ic-bezetting. De lijnen vallen zo over elkaar dat u de rode kleur erachter niet eens meer herkent. Ondanks het feit dat we die versoepelingsstappen zetten, is de prognose dat we dalen en dat dat vervolgens nog enige tijd zo blijft.

Wat bepaalt dan of we toch in het najaar wellicht weer een toename zouden kunnen zien? Dat ziet u in de scenarioanalyse op sheet 22. Ik kom daar zo nog even op terug. Op korte termijn verwachten we dus die afnames, maar daar liggen een aantal aannames onder zoals – ik noemde het al – dat de immuniteit onveranderd voortduurt. Ik heb ook al genoemd dat we de vaccinatiegraad die geprojecteerd wordt, ook moeten halen. Er ligt ook onder dat er bijvoorbeeld geen nieuwe varianten komen. En we weten natuurlijk ook dat het seizoenseffect, dat nu in ons voordeel werkt, in de nazomer, de herfst- en de winterperiode in ieder geval opnieuw in ons nadeel zal werken. Dus er zijn een aantal factoren die positief werken, maar er zijn in potentie ook een aantal factoren die negatief kunnen werken.

Die kleine inzet is op de volgende slide, nummer 23, uitvergroet. Daar ziet u dat de meeste grafieken vrij geruststellend omlaaggaan, maar dat met name de middelste kolom weer een belangrijke toename toont in het najaar. Ik zeg nogmaals: dit is een berekening met allerlei onzekerheden. Maar waar hoort dit dan bij? Het hoort bij de situatie waarin vaccins wel individuen tegen ziekte beschermen, maar ze totaal niet beschermen tegen doorgifte van het virus. Dat is de situatie die in de middelste kolom wordt geanalyseerd. En als u vervolgens naar de rechterzijde kijkt, kunt u zien dat dat geldt voor de situatie waarin er helemaal geen versoepelingen waren. De middelste heeft betrekking op de situatie waarin er stap 4 en 5-versoepelingen zijn. En de onderste betreft de situatie waarin in wezen bijna alle maatregelen zouden worden opgegeven.

Dan ziet u in de onderste situatie, in het midden, dat daar weer wordt geprojecteerd dat we een belangrijke toename zouden zien. En hoe komt dat dan? Dat is eigenlijk een situatie die zich als volgt laat omschrijven. We hebben helemaal geen maatregelen meer, de personen die gevaccineerd zijn, zijn beschermd tegen het virus, maar die zouden het virus dan nog wel in de keel kunnen dragen. Omdat we dan helemaal geen maatregelen meer zouden nemen, geldt voor de doorgifte van het virus in de keel een reproductiegetal zoals dat ook gold in het begin van de uitbraken, een getal van tegen de 2 of 3. En dan krijg je natuurlijk dat heel snel dat virus wordt doorgegeven en dat de personen die nog niet gevaccineerd zijn – zijnde de jongere groep, maar ook de 15 tot 20% van alle leeftijdscategorieën die nu niet gevaccineerd wordt en een kleine groep die niet kan reageren op het vaccin – natuurlijk in korte tijd domweg weer gevoelig worden. En dat is wat u hier eigenlijk ziet gebeuren.

Ik kom nu even terug op dat dilemma, want dat verwijst wel naar de vraag: wat voor keuzes moeten we maken en wat is de komende tijd belangrijk om te benadrukken? Die dilemma's wil ik aan drie punten ophangen. Dat is allereerst immuniteit, vaccinatiegraad en het seizoens-



effect. Dat is één. Ten tweede wil ik inzoomen op de deltavariant en het al dan niet werken van vaccinaties daartegen. En het derde wat ik wat uitvoeriger wil behandelen, is de eventuele import vanuit vakantiebestemmingen.

Er zijn een aantal kwetsbaarheden in het geheel. We hebben de duur van de immuniteit al genoemd. U ziet dat die hier als tweede wordt genoemd. Voor de duidelijkheid: de vaccinatiegraad is er natuurlijk ook één. Het maakt uit of iedereen gevaccineerd wordt of 20% niet. En als die 20% zich ook nog bevindt in bepaalde regio's of in bepaalde buurten van steden of als die 20% geldt voor bepaalde leeftijden, kunt u zich voorstellen dat je daar in wezen een gevoelige populatie schept die het heel makkelijk aan elkaar zou kunnen doorgeven. Dus hoe homogeen dat is, is van belang. Het zal ook van belang blijken te zijn of er eventueel nog nieuwe virusvarianten ontstaan, die meer immuun escape-karakteristieken vertonen dan de huidige. Zoals ik u zo zal laten zien: wat de ziekenhuisopnames betreft zijn we bij de deltavariant nog heel goed gedekt door immuniteit als gevolg van vaccinaties. We hebben import. Import kan domweg het aantal dat aanwezig is in Nederland verhogen en daardoor kan het ook weer doorgegeven worden aan personen die nog gevoelig zijn. En we hebben natuurlijk ook altijd de vraag: ook al adviseren we nog om bijvoorbeeld de 1,5 meter aan te houden, in hoeverre worden die basismaatregelen gehandhaafd? Met name de bron- en de collectieve maatregelen – dus: blijf thuis bij ziek zijn en laat je testen en de 1,5 meter – zijn natuurlijk hele belangrijke maatregelen die de R-waarde drukken. En als we dat zouden loslaten, zou dat betekenen dat zo'n R-waarde voor importgevallen of gevallen die toch nog aanwezig zijn, weer zou stijgen.

Hoe ziet dat eruit? Ik wil u eerst meenemen in de opbouw van immuniteit. Wat u hier in de tabel ziet weergegeven, is voor de verschillende leeftijdscohorten de immuniteit die we naar aanleiding van sero-epidemiologisch onderzoek, dus bloedonderzoek naar de aanwezigheid van antistoffen, kunnen afleiden voor de verschillende leeftijdsgroepen uit het PIENTER- en het Sanquinonderzoek. U ziet dat overall genomen ongeveer 26% – het percentage in Nederland zal ietsje hoger zijn – door een natuurlijk doorgemaakte infectie immuun is. De middelste kolom geeft de groep weer die met het huidige vaccinatiebeleid immuun wordt na infectie of vaccinatie. Dan stijgen we van 26% naar overall genomen bijna 70%. U ziet dat de allerjongsten, in dit geval degenen onder de 18 jaar, dan niet gevaccineerd zullen zijn, op een kleine groep na die wegens onderliggende ziekte in aanmerking komt. Dus dat blijft dan een kwetsbare groep. Maar u ziet ook dat voor alle andere leeftijdsc cohorten er natuurlijk toch nog een 10 tot 15% overblijft die niet gevaccineerd is, omdat ze het vaccin niet willen nemen of omdat ze gevaccineerd zijn en er misschien minder op reageren. Dat is natuurlijk al met al opgeteld toch weer een grote groep die nog gevoelig is voor een nieuwe opkomst van het virus. En aan de rechterzijde ten slotte ziet u de percentages als de jongeren tussen de 12 en 17 jaar wel zouden worden gevaccineerd. Dan stijgt je overall genomen door.

**De voorzitter:**

Mevrouw De Vries zou graag een verduidelijkende vraag willen stellen.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ja, want wij krijgen natuurlijk ook cijfers over de vaccinatiebereidheid van mensen. Die liggen hoger dan deze percentages. Wat veroorzaakt dat verschil?

**De heer Van Dissel:**

Ja, wat hier ook doorgerekend is, is dat iedereen niet optimaal reageert na vaccinatie, ook wetende dat als de vaccinatiegraad 95% is, er nog altijd

nog 5% niet beschermd is. Dus dat soort dingen zijn hier allemaal in doorgerekend.

Hoe ziet dan dat plaatje eruit voor de nazomer en de winterperiode? Dat ziet u hier in de kleurengrafiek weergegeven voor twee situaties. Aan de linkerkant wordt de situatie geschetst als kinderen vanaf 12 jaar wel worden gevaccineerd. De situatie aan de rechterkant geeft de situatie weer waarin we dat niet zouden doen en we de vaccinatie dus in wezen vanaf 18 jaar laten plaatsvinden. In die grafieken zijn drie niveaus van vaccinatiegraad aangegeven. Laten we even naar de linkergrafiek kijken. De hoogste vaccinatiegraad wordt weergegeven met de blauwe lijn. Dan kunt u aan de linkerkant aflezen dat de projectie van de modelleers is dat in de winterperiode die R-waarde altijd ruim onder de 1 blijft. U ziet ook dat voor de rode situatie, waarbij de vaccinatiegraad beduidend lager is, die R-waarde daar net boven komt.

Wat betekent dat praktisch gezien? Dat betekent praktisch gezien dat als er in de winter nog virus circuleert of bijvoorbeeld door een kerstvakantie Nederland binnenkomt, je kunt verwachten dat in de situatie, als de R boven de 1 is, er duidelijk weer sprake is van verspreiding in Nederland. Maar als de situatie is zoals met de blauwe lijn is weergegeven, dan is dat virus kort aanwezig en dooft het uit.

U ziet ook dat de situatie anders is als jongeren tussen de 12 en 18 niet worden gevaccineerd. Dan hebben we op de scholen een groep jongeren die natuurlijk gevoelig is om het virus te krijgen. Dat zien we nu ook als probleem in Engeland, waar met name de deltavariant op de middelbare scholen rondgaat. Die zijn ook daar niet gevaccineerd. Dan ziet u dat die R-waarden boven de 1 eigenlijk al veel sneller bereikt worden en dat we dus een in potentie grotere uitbraak tegemoet zouden kunnen zien.

Met andere woorden: het al dan niet optreden van weer een toename in het najaar en in de winterperiode zal heel erg afhangen van de wijze waarop we erin slagen om de vaccinatiegraad hoog te krijgen. Het hangt uiteindelijk ook af van de vraag of de Gezondheidsraad adviseert om in de jongerengroep te vaccineren. U ziet dat dat toch een belangrijke invloed heeft op de bestrijding, en natuurlijk ook op de eventuele import van gevallen. Omdat we deze grafieken berekenen, bestaat natuurlijk ook het gevoel dat het toch wel goed zou zijn om een aantal maatregelen nog aan te houden – bijvoorbeeld de 1,5 meter, het bron- en contactonderzoek of goede surveillance; daar kom ik zo nog even op terug – om ervoor te zorgen dat je dit tijdig oppakt maar ook om ervoor te zorgen dat als het weer zou toenemen, je het de kop in kunt drukken.

Dan een tweede dilemma. Dat heeft te maken met de vraag in hoeverre de huidige varianten reageren op de vaccins die zijn gegeven. Dat heb ik hier proberen weer te geven. Er is heel recent, in de afgelopen dagen, weer een rapport uit Engeland gepubliceerd dat hierin wordt aangehaald. Er was eerder al stuk uit de New England Journal of Medicine daarover.

Maar wat het eigenlijk toont, is aan de bovenzijde de effectiviteit van Pfizer en AstraZeneca na een dosis en na twee doses tegen ziekte door de UK-variant. U ziet dat een dosis ongeveer 50% geeft na twee weken en dat je met twee doses behoorlijk hoog komt. Dan voorkom je dus ook bijvoorbeeld klachten van neusverkoudheid, keelpijn of uitvloed uit de neus. Dat betekent dus dat je niet alleen een opname in het ziekenhuis voorkomt – want dat doe je ook – maar dat je ook hele milde ziekte voorkomt. Dan ziet u in de middelste rij hoe dat momenteel gaat bij de deltavariant in Engeland. Als u het vergelijkt met de alfavariant, is de werking van de vaccins net iets geringer en is Pfizer net iets meer actief dan AstraZeneca, maar ook hier benadruk ik weer: hier gaat het tegen elke ziekte. In Engeland wordt bijvoorbeeld gerapporteerd dat er, met name bij jongeren, nogal wat klachten van hoofdpijn gecombineerd met neusklachten zijn. Die worden als mild getypeerd. Dat zou dus betekenen dat dat voor de middelste grafiek een falen is, want dan ben je toch ziek geworden.

De vraag is dan: hoe werken de vaccins tegen ziekenhuisopnames? Dan is er toch een ernstiger ziekte. Dan ziet u eigenlijk dat zowel Pfizer als AstraZeneca – zeker als daar twee doses van gegeven zijn – nog steeds uitstekend werkt en dat je bij beide tegen de 95% komt. Dat geldt overigens niet alleen voor de deltavariant, maar natuurlijk ook voor de alfavariant. Dus wat is hier de takehomemessage? Dat de vaccins die we in Nederland gebruiken goed werken tegen ziekenhuisopnames, ook wat betreft de deltavariant, dat er onderling kleine verschillen zijn, maar dat het er met name om gaat dat men twee doses haalt om ervoor te zorgen dat we meer dan 90% van de ziekenhuisopnames kunnen voorkomen. Ik heb u net laten zien dat een deel van de toename in het najaar ervan gaat afhangen hoe goed het vaccin werkt tegen overdracht van het virus. Ik wil u twee onderzoeken daarnaar laten zien, die daar enig inzicht in geven. Voor de duidelijkheid: het vrij dramatische omhooggaan van de grafiek dat ik u net toonde, is als er totaal geen werking was tegen overdracht. Ik laat u hier zien dat dat toch wel degelijk het geval blijkt te zijn. Wat hier wordt weergegeven voor Nederlandse data is ongoing onderzoek, dus het zijn indicatieve resultaten, maar ik denk toch dat het leuk is om ze hier te delen. U ziet hier, afhankelijk van of een indexgeval in bijvoorbeeld een gezin wel of niet gevaccineerd is en of dat pas met één vaccin was – respectievelijk links van het midden en rechts wat betreft de kolom – in welk percentage hij andere gezinsleden aansteekt, die dan opnieuw ofwel ook niet gevaccineerd zijn ofwel één vaccin hebben gehad ofwel inmiddels volledig gevaccineerd zijn. Hieruit kun je aflezen, door wat ik met de gele pijltjes en de rode cirkels heb aangegeven, dat als een index gevaccineerd is, zelfs al zijn de andere huisgenoten allemaal niet gevaccineerd, dat toch tot een belangrijke reductie leidt in de kans dat hij het virus overdraagt. U ziet dat dat hier van boven de 30% naar onder de 10% gaat, dus dat is een heel fors effect. Omgekeerd, dus als de index niet gevaccineerd is maar de secundaire gevallen wel, zie je het beschermende effect van de vaccinatie van het secundaire geval. Dat is de blauwe lijn omlaag, waarbij je ook een dergelijke afname ziet. Dit is Nederlands onderzoek. Het is ook in Schotland gedaan, waar het ongeveer dezelfde resultaten geeft. Hieruit kan je afleiden dat vaccinatie niet alleen beschermt tegen ziekte, maar ook tegen de mate van overdracht van het virus. We weten inmiddels dat dat waarschijnlijk komt doordat, als je al ziek wordt na vaccinatie, de hoeveelheid virus in je keel minder is en daardoor ook de kans op overdracht minder wordt. Dat wordt hiermee bevestigd.

Het tweede onderzoek dat ik u wil tonen is een onderzoek uit Israël dat net, eind vorige week, is gepubliceerd. Daar was de gedachte: laten we nou in een aantal gemeenschappen waar er onderlinge overdracht van virus is, de personen boven de 16 vaccineren. Dat heeft men in Israël in zeer korte tijd gedaan. U ziet de ontwikkeling daarvan in de linkergrafiek. U ziet dat dat in korte tijd van «0% gevaccineerd» naar «80% gevaccineerd» gaat. Vervolgens is in die gemeenschappen gekeken wat er gebeurt met het aantal zieke jongeren dat nog niet gevaccineerd is. Ook daar was de gedachte: als vaccinatie helpt tegen overdracht van het virus, dan zou dat betekenen dat jongeren steeds minder kans hebben om in zo'n groep ook ziek te worden. Ze tonen aan dat voor elke 20% toename in het aantal gevaccineerde 16-plussers, er een tweevoudige vermindering is van het aantal besmettingen onder jongeren. Dit is ook te verklaren met een afname van de overdracht van het virus, maar dan ook in real life. Waarom is dat belangrijk? Als personen eenmaal gevaccineerd zijn, gaan ze misschien wat minder stringent om met de maatregelen. Het dempend effect wordt dan misschien wel tenietgedaan door gedragsveranderingen. Maar u ziet dat dat in ieder geval in Israël niet het gunstige effect van vaccinatie wegneemt.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):  
Hieruit blijkt dat het wel helpt tegen de transmissie.

De heer **Van Dissel**:  
Ja.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):  
Uw sheet 23 toonde eigenlijk dat het helemaal niet werkte.

De heer **Van Dissel**:  
Welke sheet bedoelt u?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):  
Dat was «vaccin voorkomt transmissie niet» op sheet 23.

De heer **Van Dissel**:  
Nee, dat is een aanname.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):  
Ik begrijp dat dat een aanname is, maar is er met de gegevens die er nu wel zijn, gekeken naar wat het dan betekent voor die ontwikkeling?

De **voorzitter**:  
Misschien is het punt ook voor welk deel dat het geval is.

De heer **Van Dissel**:  
Ja.

De **voorzitter**:  
Dat is best belangrijk, want veel mensen denken dat er geen sprake meer is van transmissie als ze gevaccineerd zijn. Misschien kunt u nog een klein beetje meer duiden ...

De heer **Van Dissel**:  
Ja, dat is goed. Misschien is het goed als ik heel even ...  
Ik ga even terug naar de grafiek. De linkerkolommen laten de situatie zien waarbij vaccinatie voorkomt dat iemand zelf ziek wordt, maar ook dat het virus wordt doorgegeven. U ziet dan in het najaar geen toename meer ontstaan. Dit is wel gerekend zonder eventuele import. Dat staat er ook boven. We kunnen het natuurlijk niet van tevoren modelleren als men het virus massaal terugbrengt vanuit vakantie landen. De middelste kolom geeft de situatie weer dat er totaal geen remming van de overdracht is, maar dat het wel persoonlijk beschermt. Dan ziet u die toename. Ik heb u net met die twee voorbeelden hopelijk getoond dat die middelste situatie in Nederland erg onwaarschijnlijk is. Maar het is helaas ook niet zo dat we dan meteen het sein «brand meester» kunnen geven en kunnen zeggen dat er niks meer gaat gebeuren. Zo is het helaas ook niet, omdat we niet verwachten dat we 100% van de transmissie voorkomen, zoals in de linkerkolom is weergegeven. We zullen dus ergens daartussenin zitten. Op zich zien we het wel gunstig in, maar het zal nooit 100% zijn. Met de groepen in Nederland die niet gevaccineerd zijn en die toch volumineus zijn, betekent het dus dat er een kans is op een toename. Hopelijk blijkt dat duidelijk uit wat ik u wil vertellen.

Ik ga nu weer even terug. Ik kom ten slotte op het internationale beeld, dat natuurlijk van belang is met betrekking tot vakantieperiodes. Als we kijken naar de inzet rechts van het midden, waar de uitvergroting van de laatste weken staat, dan zien we dat er in Europa drie groepen zijn. In het Verenigd Koninkrijk en Portugal is er een toename van het aantal gevallen. Dat wil dus niet zeggen dat die toename, die er vooral onder jongeren is, zich ook meteen vertaalt naar een belangrijke toename in ziekenhuisop-

names. Dat is wel van belang. U ziet dat er een grote middengroep is van landen die eigenlijk heel dicht bij elkaar liggen. Nederland behoort daar ook toe, en bijvoorbeeld ook Denemarken, België en Frankrijk. U ziet dat Duitsland en Italië daar toch weer wat onder liggen, omdat de aantallen in die landen nog lager zijn.

Waarom is dit toch van belang? Dat is omdat ik u ook wilde laten zien wat er in de afgelopen zomer uiteindelijk gebeurd is. Dit onderzoek toont dat vanuit Spanje. Ik neem u even mee met wat de grafiek toont. Allereerst toont de grafiek zelf de fractie van een bepaalde variant. Dat is de zogenaamde Spanjevariant. Die was gewoon herkenbaar door te sequencen, maar had verder geen andere eigenschappen dan de klassieke variant. Dat was dus gewoon een nieuwe variant. U ziet de rode lijn. Deze variant begon zich in Spanje voor de zomer te verspreiden en kwam uiteindelijk tot een bepaald niveau. Toen werd Spanje geopend. Dat ziet u aangegeven staan. Vervolgens begonnen de vakanties. Aan de diepgroene lijn ziet u vervolgens de situatie in Nederland. Daarbij zie je dat van de gevallen na de vakantie tot ongeveer 40% in feite is toe te schrijven aan import vanuit Spanje. Dat zijn dus personen die terugkomen van vakantie, die het virus bij zich dragen en die dat virus, zoals alle virussen, in Nederland weer kunnen doorgeven. Nogmaals, dat virus is niet besmettelijker gebleken en ook niet ziekmakender; het is gewoon een van de vele varianten. Maar dit onderzoek toont natuurlijk wel heel duidelijk aan hoe belangrijk zo'n vakantieperiode in potentie kan zijn als die plaatsvindt in een land waar toch behoorlijk wat circulatie is. U ziet dan dat Nederland in de periode daarna voor 40% werd gekleurd door import uit Spanje. Die situatie wensen we natuurlijk niet met de deltavariant. U heeft daar waarschijnlijk al dingen over gehoord, want Minister De Jonge heeft daar ook een aantal dingen over gezegd in de persconferentie. Wij denken dat het heel nuttig is om personen die terugkomen, met name personen die niet gevaccineerd zijn – wat vorige zomer natuurlijk voor de hele groep gold, omdat er toen nog geen sprake was van vaccinaties – bij terugkomst te testen, om te zorgen dat we in het najaar niet weer in een soortgelijk scenario geraken. Want dit is import en, zeker als dat vervolgens contact maakt met de groep die niet gevaccineerd is, dan bestaat de kans dat we in het najaar toch weer een verspreiding krijgen. Dus behalve de vaccinatie en de twee vaccins, is ook de import als potentiële kwetsbaarheid iets waar je je op wilt richten.

Dan ga ik er heel snel doorheen, want ik begrijp dat de tijd beperkt is. Ik wil u nog even tonen dat we een heleboel gaan doen om het virus te volgen. Ik haal dan een dia naar voren die ik al eerder heb laten zien. We hebben een aantal doelen die zich niet richten op het voorkomen van elke neusverkoudheid of elk griepbeeld, maar die zich met name richten op de bekende doelen: reguliere zorg in ziekenhuizen, ziekenhuis- en ic-opnames en het beschermen van de kwetsbaren. We hebben daar een groot aantal instrumenten voor die onder de early warning en onder de surveillance vallen. Een daarvan is bijvoorbeeld de corona-app. Als iedereen die zou gebruiken, zou dat een zeer nuttige toevoeging zijn, maar dat is helaas niet zo gebleken. We hebben een aantal manieren om naar covidachtige ziektebeelden te kijken, bijvoorbeeld via de Infectieradar. En we hebben natuurlijk het gedragsonderzoek dat ons een vroege indicatie geeft van of we problemen kunnen verwachten. Daarnaast hebben we een aantal surveillancemanieren waar ik u heel snel mee doorheen wil nemen. Allereerst de Infectieradar. Daar ziet u vooral nog de dalende trend in de afgelopen weken, die synchroon loopt met het aantal meldingen in de bevolking. Dit is zelfrapportage via een website van klachten die zouden kunnen passen bij covid. Dat geeft ons nuttige informatie. We hebben het bron- en contactonderzoek en ook het onderzoek naar de follow-up van gedragsregels. Dat is natuurlijk ook van belang om in te kunnen schatten wat de risico's zijn. We kennen dat ook ten aanzien van een aantal regio's apart. En we hebben natuurlijk het bron- en contactonderzoek dat

doorloopt, waardoor we zicht houden op clusters, zoals bijvoorbeeld onder de terugkerende jongeren van de afgelopen weken. En we hebben de basisregels. Ik noem nog maar even de belangrijke regels – ik heb die rood gekleurd – die hopelijk gecontinueerd en serieus genomen blijven worden: de 1,5 meter, maar met name ook de bronmaatregelen en de hygiënemaatregelen die daarbij van belang zijn. Ten slotte: de huisartsenpeilstations van het NIVEL. Die geven ons informatie over personen die zich bij de huisarts melden met griepachtige klachten. Die worden bemonsterd en de monsterring wordt onder andere nagekeken op het coronavirus. U ziet rechtsonder een aantal andere virussen die worden bepaald op het RIVM. We zullen deze huisartsenpeilstations van het NIVEL naar het najaar uitbreiden, zodat we als het ware een nog betere thermometer in de maatschappij hebben. Ten slotte wil ik nog even in herinnering roepen dat we ook een rioolwatersurveillance hebben opgezet, waarbij de rioolzuiveringsinstallaties, zo'n 300 tot 340 in totaal, worden bemonsterd. Dat gebeurt straks meerdere keren per week. Die worden naar het RIVM gebracht. Daar worden ze opgewerkt, zodat er uiteindelijk kan worden nagegaan of het virus aanwezig is en zo ja, in welke mate. Daar heb ik u eerder de resultaten van laten zien, dus daar kan ik bijna mee besluiten. U ziet hier de resultaten van afgelopen week. U ziet ook dat de kleuren in week 20 en week 14 veel donkerder waren. Dat betekent dat we eigenlijk steeds minder virus terugvinden in die rioolwaterzuiveringsinstallaties. Dat vertaalt zich ook naar een toenemend aantal gebieden waar een daling van het virus in riolen aanwezig is.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg wil graag nog een verduidelijkende vraag stellen. Ik wil ook graag even mededelen dat het debat over het jeugdbeleid niet in deze zaal zal plaatsvinden, maar in de zaal hiernaast. Dat zal aanvangen om 18.30 uur. Dat geeft ons wat meer tijd. Dan kunnen we allemaal iets rustiger aan doen. Ik geef mevrouw Van den Berg de gelegenheid voor haar verduidelijkende vraag.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

De vorige keer heb ik meneer Van Dissel gevraagd naar die grijze vlakken. Toen zei hij dat die in het kleurenschema horen, maar ik kan in het kleurenschema het grijs nog steeds niet vinden. U zei: er zijn overal metingen. Maar wat betekent nu dat grijs?

**De heer Van Dissel:**

Zeker. Er zit inderdaad nu een drietal grijze vlakken in. Daar was er voor deze bepaling geen monster.

Dan ga ik naar mijn laatste dia. Hopelijk heb ik u laten zien dat de getallen in de update er gunstig uitzien, dat we voorspellen dat het er voor de zomerperiode goed uitziet, maar dat er een aantal kwetsbaarheden zijn, zoals vaccinatiegraad, hoe homogeen die is, wat de duur van de immuniteit is, of we te maken krijgen met nieuwe variantvirussen, wat überhaupt de import van virussen is en hoe men toch de basisregels hooghoudt. Die gaan bepalen of we in de periode dat het seizoenseffect zich tegen ons keert toch weer in een uitbraaksituatie zouden kunnen geraken. De beste garantie om die niet te krijgen, is een vaccinatiegraad van 100%. Die zullen we natuurlijk nooit halen, maar hoe hoger hoe beter, en men zal ten minste ook die twee vaccins moeten hebben, zodat we ook beschermd zijn tegen die deltavariant. Ten slotte moet er ook aandacht zijn voor de import vanuit vakantieadressen. Een heleboel hangt natuurlijk samen met gedrag, maar ook met de bereidheid om jezelf na terugkomst te testen om te zien of je wel of niet positief bent en daar al dan niet de geëigende gevolgen aan te geven.

Ik dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Aan wie van u beiden mag ik het woord geven? Ik mag het woord geven aan mevrouw Van Rijn. Zij zal de tweede presentatie geven. De afstandsbediening wordt even gereinigd. Komt er al iemand aangesnel? Ja. Hartelijk dank. Het woord is aan mevrouw Van Rijn.

**Mevrouw Van Rijn:**

We waren hier anderhalve week of twee weken geleden ook om u mee te nemen in de stand van zaken van het programma digitaal coronacertificaat. Ik kan er dus ook vrij snel doorheen gaan, denk ik. We vinden het wel belangrijk om elke keer weer even te zeggen waar het nou eigenlijk om gaat. Wanneer krijg je een digitaal coronacertificaat? Als je of recent negatief getest bent of gevaccineerd bent of een herstelbewijs kan krijgen. U had specifiek gevraagd wat de Raadsaanbevelingen waren. Van daaruit vroeg u ook wat Nederland gaat doen. Links ziet u wat de Raadsaanbevelingen zijn wat betreft de kleurcodering. Een incidentie lager dan 50 of 75 bij een vindpercentage van 1 is voor Nederland bijna onhaalbaar, dus dat hebben we hier niet neergezet. Maar bij een vindpercentage van 4% en een incidentie van 50 is de kleurcode groen. Bij een incidentie van 50 tot 200 is hij geel. Bij een incidentie van 200 tot 500 is hij oranje. Nederland doet het nog niet zo goed op dit plaatje, maar het is misschien wel goed om te zeggen dat een heel groot deel van Europa eigenlijk al groen is gekleurd. En als heel Europa groen zou zijn, zou dat eigenlijk betekenen dat je geen DCC nodig hebt. Als je dan van land naar land gaat, zijn er geen maatregelen, en dat betekent dat er ook geen DCC nodig is. Meneer Van Dissel gaf net al aan dat Nederland het momenteel nog niet zo goed doet. We zitten echt nog in het oranje. Maar misschien is het wel goed om te vertellen dat we zien dat de incidentie heel snel daalt. We zitten nu al onder de 200, dus dan ga je al naar geel. De incidentie wordt namelijk per 1 juli op 200 gezet. Dan zit Nederland al in geel. Het vindpercentage is dan onder de 4. Het zit nu iets boven de 4, maar we verwachten dat het redelijk snel naar de 4% aan positieve testen kan gaan. En we hebben natuurlijk goede hoop dat we ook heel snel naar de groen doorgroeien.

**De voorzitter:**

Wat zijn de meest actuele cijfers voor die beide waarden?

**Mevrouw Van Rijn:**

De heer Van Dissel noemde een vindpercentage van 4,3%, maar dat was op zeven dagen. Het vindpercentage op veertien dagen zit rond de 5%. De incidentie voor veertien dagen is ...?

**De heer Van Dissel:**

Nou, het is met name dat je er een bepaalde periode onder moet zitten, namelijk veertien dagen. En daar zitten we nog niet op. We zouden eigenlijk al groen zijn, maar je moet eerst twee weken tonen dat je dat houdt.

**Mevrouw Van Rijn:**

Ja, en op dit moment is het vindpercentage van de positieve tests ook belangrijk. Daarbij moeten we eigenlijk al onder de 4% gaan zitten. Dat is een hele belangrijke. En we verwachten dat ook dat binnen afzienbare termijn het geval zal zijn. We denken dus dat we ergens volgende week naar kleurcode geel gaan en we verwachten zo uiterlijk half juli dat Nederland weleens op kleurcode groen kan zitten.

Dan kijk ik naar de volgende slide, slide 7. Die gaat over: wat zijn de andere aspecten van de EU-Raadsaanbeveling? Ten eerste is dat de acceptatie van de testbewijzen. Daar geeft de Raadsaanbeveling de keuze uit ofwel een PCR- ofwel een antigeentest. Acceptatie van vaccinatiebe-

wijzen wordt uitgegeven op basis van een volledige vaccinatie, dus twee prikken – of één als het gaat om Janssen – of één prik uit twee als je al een keer een infectie hebt meegemaakt. Het is een optie om ook één prik uit twee te pakken, dus een niet-volledige vaccinatie, maar dat is aan landen zelf. We hebben op dit moment niet het gevoel dat heel veel landen dat zullen gaan doen.

Overigens is ook een van de aspecten bij de Raadsaanbeveling dat het vaccinatiebewijs pas twee weken na de laatste dosis geldig is. Een herstelbewijs na een PCR-test moet minimaal 11 dagen en maximaal 180 dagen oud zijn. Die PCR-test is ook nog wel goed om even te noemen. Kinderen onder de 12 jaar zijn vrijgesteld van bewijzen.

De heer **Paternotte** (D66):

Even kort. Voor het Janssen-vaccin geldt natuurlijk één prik. Ik zag dat Frankrijk zegt dat je dan pas na vier weken je DCC geldig kan hebben, omdat die doorwerking langer duurt. Is daar een Europese afspraak over of bepaalt elk land dat ook zelf?

Mevrouw **Van Rijn**:

Ook dat bepaalt het land zelf. Daarom is het voor iedereen die op reis gaat enorm verstandig om eerst te kijken wat de regels zijn in het land waar je naartoe reist. Het is een aanbeveling, hè; het is geen verplichting. Hier staan bijvoorbeeld ook die kinderen onder de 12. We hopen dat heel veel landen die kinderen onder de 12 accepteren, maar je ziet nu ook landen die het onder de 2 of onder de 6 doen. We hopen dat het er zo veel mogelijk zijn.

Ik zal naar de volgende sheet gaan. Daar zien jullie het rechts ook staan.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Mag ik ook een vraag ter verduidelijking stellen? Over die vorige sheet, sheet 7, heb ik ook een vraag ter verduidelijking. Kan die nog heel even in beeld gebracht worden? Mijn vraag ziet op het punt dat een herstelbewijs tot maximaal 180 dagen na een positieve test wordt geaccepteerd. Een vaccinatiebewijs wordt tot in lengte der dagen geaccepteerd. Wordt er dus op dit moment van uitgegaan dat een vaccinatie voor onbepaalde tijd bescherming biedt en een doorgemaakte infectie slechts voor 180 dagen?

Mevrouw **Van Rijn**:

Nou, op dit moment is dit wat gesteld is voor de vaccinatiebewijzen. Daarom is het goed om u te realiseren dat de verordening voor een jaar geldt. Het komende jaar wordt iedereen dan geacht volledig gevaccineerd te zijn. Dit zegt niet dat je hiermee tot in lengte der dagen gevaccineerd bent. Dat zal nog blijken uit nadere onderzoeken.

De **voorzitter**:

Mevrouw ...

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

De Vries.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries. Ik zat bij de verkeerde beginletter te kijken.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Geeft niks, geeft niks. Het is al wat later op de dag.

Ik had een vraag over als een land groen is. Mag het dan nog wel aanvullende eisen stellen? Of is het dan uitgesloten dat landen aanvullende eisen mogen stellen?



**Mevrouw Van Rijn:**

Ik zei net al: dit is een aanbeveling. De aanbeveling is: bij groen geen maatregelen. Maar je weet het natuurlijk nooit helemaal zeker. Het is een aanbeveling, geen verplichting. Zekerheid heb je dus niet. Maar wij gaan er wel vanuit dat van groen naar groen de meeste landen geen maatregelen zullen nemen.

Wat doet Nederland? Wat we als Nederland hebben gezegd, is dat we graag de laatste aanbevelingen zo ruim mogelijk willen gaan uitleggen. De Nederlandse inzet is om geen DCC te vragen aan inreizigers uit zowel groene als gele landen. Overigens komt dat ook voort uit een van de OMT-adviezen: geen maatregelen treffen als er een incidentie is van lager dan 150. We hebben het gecheckt en in het OMT-advies staat ook dat het OMT er geen problemen mee heeft als we dat naar 200 oprekken. Conform het OMT-advies gaat Nederland dus geen DCC vragen voor groene en gele gebieden.

Wat Nederland ook gaat doen, is een vaccinatiebewijs afgeven, maar dan wel zo spoedig mogelijk na volledige vaccinatie. Nederland gaat dus wat verder dan de laatste aanbeveling. We gaan geen wachttijd van veertien dagen instellen. Nederland accepteert zowel PCR-testen als antigeentesten. We volgen de laatste aanbeveling, met uitzondering van de twee weken wachttijd die in de aanbeveling staat.

**De voorzitter:**

Mevrouw De Vries, duidelijk?

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Nee, nog niet helemaal. Nederland geeft een vaccinatiebewijs uit direct na de laatste prik, maar misschien heeft Duitsland wel geregeld dat een vaccinatiebewijs pas veertien dagen na de laatste prik geldig is. Kan men dat zien of kan men dat niet zien?

**Mevrouw Van Rijn:**

Daar gaat mijn collega zo direct op in; hij is daar de vorige keer ook op ingegaan. De CoronaCheck-app laat de gegevens zien, die de controleur kan bekijken. Maar daar gaat mijn collega zo direct nog op in. Misschien is het goed om te zeggen wat we parallel daaraan nog gaan doen. Onze Minister is vorige week bij de Raad van gezondheidsministers geweest. Hij heeft er daar voor gepleit om zo snel mogelijk te gaan werken met nieuwe criteria. Wij vinden het vindpercentage eigenlijk geen goed criterium. In Nederland zeggen we tegen iedereen: ga je vooral laten testen bij klachten. Bovendien hebben we toegangstesten, maar die worden op dit moment niet meegenomen in het plaatje. We zeggen ook: ga bij een positieve zelftest naar de GGD. Dat betekent dat bij ons, relatief gezien, veel positieve testen worden gevonden in vergelijking met andere landen. Daarom heeft de Minister ervoor gepleit – en daar was ook wel wat instemming voor – het vindpercentage te schrappen en te zoeken naar andere maatregelen. Een tweede waaraan we gaan werken, is het maken van bilaterale afspraken. Wij gaan natuurlijk de maatregelen ruim interpreteren en wij hopen dat zo veel mogelijk landen met ons meedoen. Dan hebben jullie ook nog specifiek gevraagd om in te gaan op de quarantaineplicht. Misschien is het goed om te zeggen dat het EU-inreisverbod geldt. Het vliegverbod is een instrument dat we kunnen blijven inzetten zodra het nodig is. Daarvoor gebruiken we het OMT-advies en kijken we naar de landen om ons heen. We kijken in hoeverre zij een vliegverbod instellen. Daarnaast hadden we een dringend quarantaineadvies, maar we merkten dat een dringend quarantaineadvies onvoldoende effect had. Vandaar dat we de quarantaineplicht per 1 juni voor zeerhoogrisicogebieden hebben ingevoerd met het wetsvoorstel en daar hebben we een risicogestuurd handhavingssysteem bij.

We laten nu wat cijfers zien van de periode 1 juni tot en met 20 juni. Van 90% van de vluchten uit zeerhoogrisicogebieden zijn de quarantaineverklaringen ingenomen. We werken er overigens nog aan om dat echt op 100% te krijgen, maar je ziet dat partijen daar toch wat aan moeten wennen. Er zijn 3.219 quarantaineverklaringen afgehandeld door het belteam. In het staatje is te zien wat de verschillende bevindingen waren. Sinds 9 juni zijn 184 quarantaineverklaringen doorgezet naar gemeenten. Nu klinkt dat misschien niet zo heel erg hoog – de periode van 9 tot 20 juni gaat over anderhalve week – maar dat komt omdat we in de basis met gemeenten hadden afgesproken dat we niet meer dan 100 tot 150 verklaringen aan ze zouden doorgeven. We gaan nu het gesprek met gemeenten voeren of het aantal verklaringen niet omhoog kan, zodat je veel meer activiteit krijgt op die quarantaineverklaringen en dat dat ook daadwerkelijk wordt doorgezet. Vervolgens hebben wij de gemeenten nagebeld. Wat zijn daar de voorlopige cijfers? 80% is echt opgevolgd door de gemeenten. Overigens zijn dit echt voorlopige cijfers, hè, want we hebben nog niet elke gemeente goed te pakken gekregen. In ongeveer 15% van de gecontroleerde gevallen is een boete opgelegd. Dat wil zeggen dat tot nu in ieder geval zeventien boetes in anderhalve week zijn uitgedeeld.

**De voorzitter:**

Ook hierover een verduidelijkende vraag. Ik mis één getal in de bovenste zin. Hoeveel quarantaineverklaringen zijn er dan in absolute aantallen ingeleverd? Er zijn er 3.219 afgehandeld en daarvan ...

**Mevrouw Van Rijn:**

Neenee, sorry. 100% is afgehandeld. Dat zijn er dus 3.219.

**De voorzitter:**

In de eerste zin. Hoeveel quarantaineverklaringen zijn er ingeleverd?

**Mevrouw Van Rijn:**

Ja, in principe hoort het gewoon volledig te zijn. Dit zijn dus alle ingeleverde verklaringen.

**De voorzitter:**

Juist.

**Mevrouw Van Rijn:**

Op dit moment gaat het belteam met 100% van de ingeleverde verklaringen aan de slag.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Dan heb ik nog wel een vraag. We hebben een uitzending van Nieuwsuur gezien waarin werd gezegd dat er een steekproef genomen werd. In de brief las ik ook dat 100% werd nagebeld, maar is dat dan 100% van de steekproef of is dat 100% van alle ingenomen quarantaineverklaringen?

**Mevrouw Van Rijn:**

De veiligheidsregio's pakken de quarantaineverklaringen natuurlijk in en die geven ze vervolgens aan de belteams. Het belteam belt op dit moment in ieder geval in principe 100% van de partijen na.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Maar die werden ook vernietigd, werd daar gezegd. Ik weet niet of het klopt, maar ... Er werd gezegd: er wordt een steekproef genomen en de rest wordt vernietigd.

Mevrouw **Van Rijn**:  
Maar ...

De **voorzitter**:

Jaja, er stond een afvalbak naast en dat ging, hups, erin. Daarom vroeg ik ook hoeveel ...

Mevrouw **Van Rijn**:

Ik kan zeggen wat ik kan zeggen. In principe is het belteam op dit moment actief op elk van de verklaringen die ze binnenkrijgen. Die worden 100% afgehandeld en we zullen nog heel hard gaan werken om ervoor te zorgen dat het nog effectiever gaat werken, dus dat het belteam die 100% goed kan blijven doen. Verder kijken we of we gemeentes meer verklaringen kunnen laten doorzetten. Maar het klopt wel dat de veiligheidsregio hier nog tussen zit, want die neemt de verklaringen in en zorgt vervolgens dat ze worden doorgegeven aan het belteam dat bij de ANWB actief is.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb hier nog een korte vraag over.

De **voorzitter**:

De heer Paternotte.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik heb meerdere mensen gesproken die zeggen: «Ik wil dat passenger locator form graag inleveren, maar er staat dan niemand. Dan loop ik naar de marechaussee om te vragen of ik het daar kwijt kan en dan wordt er gezegd: dat doen we niet.» U zegt 90%, maar uit de anekdotiek krijg ik een heel ander beeld. Dat andere beeld zie je ook in de journalistieke rapportages. Is er dan wel een terugvaloptie als mensen wel heel graag willen meewerken en het ergens willen inleveren?

Mevrouw **Van Rijn**:

Uiteindelijk moet het systeem natuurlijk goed gaan werken. De quarantaineplicht is per 1 juni in werking getreden en we proberen echt toe te werken naar die 100%. Ik weet niet helemaal om welke getallen het gaat, maar het kan zomaar zijn dat het die 10% is waar het nog niet goed is gelopen. We zijn met alle partijen bezig om te kijken hoe we het totale systeem kunnen versterken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg wil een verduidelijkende vraag stellen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik krijg dus ook de indruk uit de brief dat er enkele honderden mensen zijn nagebeld en niet 100% van de mensen die terugkomen uit een gebied met een zeer hoog risico. Ik zou het heel fijn vinden als dat nog voor het debat kan worden gecheckt. Twee. Als ik de cijfers zie, concludeer ik gewoon dat bijna 30% er een potje van maakt, want die geeft een vals adres op of is niet thuis. Wordt er dan nog met het vliegticket in de hand gekeken hoe we zo iemand in ons land linksom of rechtsom kunnen traceren?

De **voorzitter**:

Ja, maar dat is echt een inhoudelijke vraag. U mag daar straks op terugkomen in uw termijn, hoor. Dan houden we deze sheet even voor u apart, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Excuus.

De **voorzitter**:  
Mevrouw Van Rijn?

Mevrouw **Van Rijn**:  
Dan geef ik nu het woord aan meneer Roozendaal.

De **voorzitter**:  
Meneer Roozendaal.

De heer **Roozendaal**:

Dank u wel, voorzitter. Ik geef u eerst een korte update van de presentie van twee weken geleden. Eerst de tijdlijn. Aanstaande donderdag zullen mensen in de loop van de dag de nieuwe versie van de Corona Check-app kunnen downloaden. Dan hebben we het moment van 24 juni bereikt in de tijdlijn. Daarin is niets gewijzigd. Er is wel een aanvulling op 1 juli. Vanaf 1 juli zal het ook mogelijk zijn om telefonisch coronatoegangsbewijzen en DCC's aan te vragen. Veiligheidshalve kan dat alleen worden afgeleverd op het BRP-adres. Dat betekent dat je het kunt aanvragen en dan thuisgestuurd krijgt op je woonadres zoals dat in de BRP geregistreerd staat.

Wat kan er dan? Ik heb dat de vorige keer laten zien, dus daar ga ik heel kort doorheen. Mensen kunnen hun vaccinatiegegevens uit twee bronnen halen, namelijk de GGD en het RIVM. Daarmee kunnen ze dan een code maken om te reizen en ook voor toegang, maar dat laat ik hier kortheids halve achterwege. In deze code staat het moment waarop men gevaccineerd is. Op basis van de gegevens kan een land dus bepalen of dat lang genoeg geleden is. We maken dus een DCC, ook na één vaccinatie, en het is aan het land waar men inreist om te bepalen of dat voldoet aan de inreisregels.

De volgende slide. De vorige keer zei ik u dat we gaan proberen om ook huisartsinformatiesystemen aan te sluiten. Dat is niet gelukt. Dat is niet gelukt omdat deze systemen in de regel niet direct benaderbaar zijn. Die zijn benaderbaar via een systeem dat het Landelijk Schakelpunt heet. Dat werkt door gegevens vooraf ter beschikking te stellen voor twee doelen, namelijk voor de hap, de huisartswaarneming in het weekend, en voor het opstellen van medicatieoverzichten. Beide doelen zijn niet het ophalen van vaccinatiegegevens, dus de gegevens zijn daarvoor niet beschikbaar gesteld en mogen daarvoor ook niet worden gebruikt. Daarnaast zijn die gegevens ook niet voor iedereen beschikbaar vanwege de toestemming. De medicatiegegevens op de huisartsenpost gaan overigens maar vier maanden terug. Dan zou de vaccinatie daarna ook niet meer kunnen worden opgehaald. De conclusie is dus dat de infrastructuur die op dit moment door huisartsen wordt gebruikt, niet geschikt is om op deze manier gegevens op te halen. We gaan nog wel proberen om dat alsnog te doen voor die huisartsinformatiesystemen waar dat wel kan.

De **voorzitter**:  
Mevrouw De Vries heeft een verduidelijkende vraag.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ja, want in principe wordt er vanuit het huisartsensysteem, als er toestemming is gegeven, doorgeleverd aan het CIMS. Begrijp ik dat die gegevens wel opgehaald kunnen worden en dat alleen de rechtstreekse verbinding met de huisartsensystemen niet gemaakt kan worden?

De heer **Roozendaal**:

Dat is correct. Dit gaat om de mensen wier gegevens niet in CIMS worden gevonden. Dat kan zijn omdat de gegevens nog niet door de huisarts in CIMS gezet zijn. Dat kan ook zijn omdat er geen toestemming is gegeven. Dat is correct.

Dan de laatste stand ...

**De voorzitter:**

Sorry, mevrouw Kuiken heeft ook nog een vraag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja, ik lees ook dat het tot maar vier maanden terug beschikbaar is. Dat betekent dat voor een aantal mensen ook geldt dat hun gegevens überhaupt niet meer boven tafel komen.

**De voorzitter:**

We zijn namelijk in januari begonnen.

**De heer Roozendaal:**

Dit gaat over de situatie waarin we huisartsinformatiesystemen op deze manier zouden aansluiten. Stel dat we dat op deze manier zouden doen, namelijk de informatie gebruiken die beschikbaar wordt gesteld voor de huisartsenpost in het weekend. De professionele richtlijn bij huisartsen is dat de huisartsenpost maar tot vier maanden kan terugkijken naar medicatie. Als we deze bron dus op deze manier zouden gebruiken, wat we niet gaan doen, dan zouden alleen de vaccinaties tot vier maanden geleden überhaupt beschikbaar zijn. Daarover ging het.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Maar stel: je hebt in januari de prik gehad en je hebt toestemming gegeven om dat aan het RIVM door te geven. Is het dan geen probleem?

**De heer Roozendaal:**

Geen enkel probleem, nee.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Het is dus alleen een probleem als je dat niet hebt gedaan en je alsnog ...  
Ja, oké.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Mijn vraag is: gaat u daarop bij de volgende sheet ook nog in? Of moet ik daarover bij de inhoudelijke ronde wat vragen?

**De heer Roozendaal:**

Daar ga ik op in, maar het kan natuurlijk zijn dat dat nog steeds tot vragen leidt.

De volgende sheet. Wat is de huidige stand van informatie in CIMS? U weet dat er op dit moment een achterstand is bij de levering van GGD-gegevens aan CIMS. De GGD heeft zojuist op hun website gepubliceerd waardoor dat komt en dat ze denken dat dat donderdag is ingelopen. Dat is voor het beschikbaar krijgen van de CoronaCheck geen probleem. De volledige gegevens van de GGD zijn beschikbaar voor CoronaCheck, omdat er zowel in CIMS als bij de GGD wordt gekeken. Dat geldt niet voor huisartsen en ook niet voor de overige instellingen. Dat leidt ertoe dat van de naar schatting 13,8 miljoen gezette prikken op dit moment 91% donderdag beschikbaar is voor CoronaCheck. Daar moet ik bij zeggen dat onder meer bij huisartsen de schatting van het RIVM is gebaseerd op de leveringen. Op dit moment wordt met huisartsen bekeken of die schatting precies genoeg iets zegt over de gezette prikken. Maar met deze cijfers is donderdag 91% van de gezette vaccinaties beschikbaar.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Helder dat het voor een gedeelte van de mensen die door de huisartsen zijn gevaccineerd niet beschikbaar is. In de cijfers zie ik dat dat ook geldt

voor een gedeelte van de mensen die bij de ziekenhuizen zijn gevaccineerd. Zit daar dezelfde problematiek achter of is dat een andere?

De heer **Roosendaal**:

Dat is dezelfde problematiek. Er staat «ziekenhuizen en overige uitvoerders». Dat geldt dus voor alle instellingen. Deze problematiek zit veel meer bij de grote hoeveelheid instellingen waar ook gevaccineerd is dan bij de ziekenhuizen.

Dan geef ik u enkele voorbeelden van wat donderdag kan. Als je volledig gevaccineerd bent, kun je daar donderdag de gegevens van ophalen en daar een coronatoegangsbewijs van maken voor binnenlands gebruik. Als je gevaccineerd bent, één of twee keer, kun je donderdag een DCC aanmaken dat vanaf 1 juli geldig is, wanneer de verordening ingaat. Dat geldt ook als je niet volledig gevaccineerd bent, omdat er landen zijn die één vaccinatie voldoende vinden om in te reizen.

Dan voorbeelden van wat vanaf 1 juli kan. Vanaf 1 juli is een door Nederland uitgegeven DCC geldig in alle landen die een DCC accepteren. Vanaf 1 juli kunnen ook positieve PCR-testen van de GGD worden opgehaald en leiden tot een herstelbewijs. Vanaf 1 juli is het mogelijk om één vaccinatie in CIMS te combineren met een positieve test van de GGD om te concluderen dat de vaccinatie volledig is. De GGD meldt dat al. Als iemand gevaccineerd is bij de GGD en daarbij heeft aangegeven dat hij corona heeft doorgemaakt of besmet is geweest, dan meldt de GGD: dit was een volledige vaccinatie. Als de vaccinatie door de GGD is gezet, kan het dus al eerder. Vanaf 1 juli kan ook een bewijs op papier worden afgedrukt. Er kan ook per telefoon een bewijs worden aangevraagd en vanaf 1 juli kan de vaccinatiezetter, als er geen gegevens worden gevonden, alsnog een papieren bewijs ter plekke maken.

Ik hecht eraan te zeggen dat er natuurlijk ook risico's zijn bij wat we doen en dat niet alles in een keer goed zal gaan. Waar zit dat in? Onder meer in het feit dat de belastbaarheid van de systemen begrensd is. U heeft wellicht gehoord dat er in België enige uren behoorlijke problemen waren in de gegevensuitwisseling bij de overheid, omdat heel veel mensen tegelijkertijd probeerden hun gegevens op te halen na de persconferenties aldaar. Dat ging enkele uren om rond de 50–60 mensen per seconde. In Nederland hebben na de afgelopen persconferentie ongeveer 900 mensen per seconde geprobeerd de website coronacheck.nl te openen. Dat kan, want die website kan dat aan, maar de achterliggende systemen kunnen het niet aan. Wij zullen donderdag, wanneer we starten, dus limiteren op 25 gebruikers per seconde. Als het aantal daarboven komt, zullen mensen een scherm krijgen dat het druk is of even te druk, met het verzoek het even later nog een keer te proberen om ervoor te zorgen dat de hele keten erachter overeind blijft staan, waaronder de GGD-systemen, de RIVM-systemen, maar bijvoorbeeld ook de DigiD-login, omdat ook andere mensen en andere organisaties in Nederland natuurlijk willen kunnen blijven functioneren.

Niet alles in de keten kan nu al volledig worden getest. Sommige dingen zullen donderdag blijken. Daarom is er de komende drie weken sprake van verhoogde dijkbewaking. Alle betrokken partijen zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week paraat om op te lossen wat zich voordoet. Daarbij zijn er natuurlijk ook nog niet voor iedereen gegevens beschikbaar. Het is dus belangrijk om te zeggen dat je, als je nog niet op vakantie gaat, die gegevens niet per se donderdag moet ophalen. Als je nog niet volledig gevaccineerd bent, kan het ook later. Er is dus ook geen haast om het per se donderdag te doen. Wellicht helpt die boodschap. Ik wil twee onderdelen van de gegevens eruit halen. Nog niet van iedereen zijn gegevens beschikbaar. Ik noemde net de 91%. Heb je wel toestemming gegeven, maar vind je je gegevens niet, dan kan het zijn dat je vaccinatiezetter nog je gegevens moet doorgeven of kan die vanaf 1 juli alsnog een DCC maken. Heb je geen toestemming gegeven en ben je ook niet bij de GGD

geprikt, maar elders, dan moet je terug naar je vaccinatiezetter, omdat de gegevens niet te vinden. Daarnaast kan een afgeronde vaccinatie niet altijd automatisch worden bepaald. Vanaf 1 juli kan dat wel, als de positieve test bij de GGD te vinden is. Maar het kan dus zijn dat die positieve test niet bij de GGD te vinden is en ook dan moet je vanaf 1 juli terug naar de vaccinatiezetter, omdat die dan in het webportaal moet aangegeven dat er sprake is van volledige vaccinatie, want dat kan niet automatisch worden bepaald.

**Mevrouw Van Rijn:**

Daar pak ik het stokje weer over. Vanaf 24 juni is er de nieuwe versie van de CoronaCheck-app. De heer Roozendaal zei net al dat we ervan uitgaan dat niet iedereen die meteen aanstaande donderdag nodig heeft. Tegelijkertijd moeten alle mensen die dat wel nodig hebben, makkelijk kunnen beschikken over een DCC. Niemand mag tussen wal en schip vallen. We willen voorkomen dat mensen het gevoel krijgen dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd. Het is de bedoeling dat mensen met vragen warm worden doorverwezen of direct worden geholpen. We vinden het daarom ook enorm belangrijk dat we aansluiten bij de informatiekanaalen die mensen gebruiken. ANWB is voor heel veel reizigers bijvoorbeeld een heel gebruikelijk kanaal. De touroperator is voor heel veel reizigers een hele gebruikelijke. Je zult dus naar een systeem moeten. We hebben daarvoor enorm actief samenwerking gezocht met alle partijen die hier een rol bij vervullen.

Ik denk dat ik hier maar even over slide 22 heen wandel. Wat wij vooral doen of hebben gedaan, is dat er 24/7 een contactcentrum is bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken, zoals de heer Roozendaal net ook al zei. Dat kan ook goed worden opgeschaald. In eerdere jaren waren er ongeveer 600.000 calls. Vorig jaar waren er 1 miljoen calls bij het contactcentrum. Voor DCC is het opgeschaald, zodat alleen al BZ echt 35.000 calls per week aankan. BZ heeft normaal 110 fte actief hiervoor. Dat aantal is opgeschaald. Ze hebben 225 fte extra via SOS International ingezet om juist ervoor te kunnen zorgen dat alle mensen goed worden geholpen zodra ze vragen hebben. Er wordt dus echt enorm hard gewerkt om iedereen goed te helpen.

Dit is eventjes een heel kort overzicht van bij welke nummers et cetera je terecht kunt met vragen. Het is vooral goed om te zien dat iedereen kan binnenkomen via het portaal Wijsopreis.nl. Vervolgens kun je bellen naar het nummer van BZ: +31 247 247 247. Daaronder zitten weer allerlei helpdesks van allerlei partijen die hierin een rol vervullen. Zoals net al werd gezegd, zijn ook die opgeschaald. DigiD is bijvoorbeeld ook in het weekend bereikbaar, zodat mensen echt geholpen worden. Als dat niet voldoende werkt, hebben we ook nog de verhoogde dijkbewaking, zoals de heer Roozendaal net zei. Dat is eigenlijk een soort actieteam van mensen die doorzettingskracht hebben. Daar zitten alle ketenpartners bij. Er wordt gekeken welk probleem er optreedt en hoe dat kan worden opgelost. Van daaruit is er ook een actieve feedbackloop. Als bepaalde problemen vaak optreden, hoe kun je er dan voor zorgen dat het ook echt systemisch wordt aangepakt. Hier gaan we dus van uit. We hopen natuurlijk dat het niet nodig is en dat alle landen straks mooi groen zijn en je veilig kunt reizen zonder DCC. Maar op het moment dat er wel vragen en problemen zijn, dan staat er een heel breed helpdeskslandschap onder. Het is misschien ook goed om nog iets te zeggen over communicatie. Ik denk dat heel veel mensen heel veel vragen hebben. Vandaag hebben we de briefing hier. Vanavond is er ook nog een technische briefing voor technische journalisten. Donderdag is de soft launch van de nieuwe versie van de CoronaCheck-app, waar onder andere vaccinatiebewijzen ingeladen kunnen worden. Vanaf zaterdag hebben we een publiekscampagne met tv-spotjes, online en via radio. Op die manier proberen we echt

iedereen goed op de hoogte te brengen van wat er is en waar mensen gebruik van kunnen maken om prettig te kunnen reizen.  
Dat was het.

**De voorzitter:**

Nog een korte verduidelijkende vraag van mevrouw De Vries en dan gaan we naar de inhoudelijke vragen.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik begrijp dat het systeem kwetsbaar is op het moment dat het gelanceerd wordt en dat niet iedereen dan het bewijs moet gaan uploaden. Maar begrijp ik ook goed dat als je de tweede vaccinatie hebt, je sowieso nog een keertje extra moet uploaden? Is het dan in de communicatie handig om te zeggen dat je pas uploadt op het moment dat je die tweede ook hebt? Dat zal al wat spreiding geven bij mensen, denk ik dan.

Mevrouw **Van Rijn:**

Dat soort aspecten komen in de communicatie. Die communicatie wordt heel breed. Het is alleen wel zo dat landen verschillen, zoals de heer Roozendaal net zei. Er zijn landen die zeggen dat één prik al voldoende is. Check dat dus ook. Ga altijd wijs op reis. Check welke inreisregels het land heeft waar je naartoe gaat.

**De voorzitter:**

Hartelijk dank. Ik stel me zo voor dat er bijna duizend vragen leven na anderhalf uur vol presentaties. Mevrouw Gündoğan, heeft u nog een verduidelijkende vraag?

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Ja. Waar kunnen mensen buiten de EU, zoals Zwitserland, deze informatie raadplegen? Dat lijkt me ook wel handig. Dat is natuurlijk geen EU, maar wel Europa.

Mevrouw **Van Rijn:**

Wij hebben hier vooral verteld waar reizigers die uit Nederland willen weg reizen gebruik van kunnen maken. Ik ga ervan uit dat Zwitserland zelf ook informatie ter beschikking stelt over het hoe en het wat. Ik weet eerlijk gezegd niet of Zwitserland in de EU Gateway zit en of daar de DCC dus ook gebruikt kan worden vanaf 1 juli. Zwitserland is natuurlijk geen EU-land en datgene wat we vertelden over de DCC gaat over het reizen binnen de EU. Voor het reizen buiten de EU zijn op dit moment nog geen afspraken gemaakt. Dat gesprek loopt wel, met de WHO, maar daar zijn nog geen digitale afspraken over.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan stel ik voor dat we om te beginnen één vragenronde met één vraag in eenvoud doen. Daarna kijken we hoe snel we naar de andere zaal gaan verkassen.

De heer **Paternotte** (D66):

Ik ga mijn vraag toch aan de heer Van Dissel stellen. Veel dank voor het OMT-advies weer – het is al het 115de, geloof ik. Het is misschien wel het vrolijkste OMT-advies dat we tot nu toe konden lezen qua cijfers, ontwikkelingen en prognoses. Dat maakt versoepelingen mogelijk en dat is natuurlijk heel fijn. Tegelijkertijd kijken we naar wat in Europa gebeurt. We hebben Portugal en Engeland even genoemd. Portugal heeft nu relatief weer twee keer zoveel besmettingen als wij en Engeland heeft boven de 10.000 besmettingen. Je ziet dat landen daarop reageren. In Canada zeggen ze bijvoorbeeld: die tweede AstraZenecaprik vervangen



we door Pfizer, vanwege de hogere werkzaamheid op deze variant. Ik ben benieuwd hoe de heer Van Dissel daarnaar kijkt. Maar mijn kernvraag is: wat maakt nou dat wij niet hetzelfde gaan meemaken als Engeland en Portugal? Wat maakt ons nou anders dan die landen, waardoor wij in de prognose voorlopig nog niet echt een significante stijging van het aantal besmettingen zien? De vaccinatiegraad in Portugal is vergelijkbaar en in Engeland zelfs hoger dan bij ons.

**De heer Van Dissel:**

Kijk, wij bieden geen garanties, hè. Ik kan tonen wat onze modellering nu voorspelt. U kunt zelf terugkijken hoe we daar het afgelopen jaar vaak juist en soms misschien niet juist op waren. Er zijn nog wel een paar verschillen te noemen met bijvoorbeeld Engeland. Engeland heeft veel introducties gehad vanuit India. Men ziet er dat er met name verspreiding is onder niet-gevaccineerde scholieren, waarbij het vanuit de scholieren ook onder niet-gevaccineerden in de bevolking komt. En ze zien toch dat het ook aan bepaalde gebieden gekoppeld is. Er speelt dus zeker ook een sociaaleconomische component, die misschien verwijst naar vaccinatie-opname, maar misschien ook naar hoe men met de basismaatregelen omgaat. In Engeland zijn er ook een aantal districten waar deze variant heel duidelijk verspreid is. Hij is niet meteen door heel Engeland gegaan. Deze variant is er vooral regionaal: bij Bolton, bij Noord-Londen, bij de Schotse grens.

Zijn er garanties dat dit in Nederland niet gebeurt? Uiteindelijk hangt het af van waar de R-waarde voor de deltavariant in Nederland precies op neerkomt. Zit die onder of boven de 1? Dat kunnen we nu nog niet met zekerheid aangeven. Het tweede is het aantal. Het aantal zou natuurlijk hoger kunnen worden door introducties. Vandaar dat ik al het punt genoemd heb met de zomervakanties en de contacten met landen waar het zich meer verspreid heeft. Kijk, tot nu toe is het in Nederland een relatief gering percentage, maar het zou natuurlijk kunnen stijgen. Zoals we het nu projecteren, zien we dat deze variant medio juli het 50%-punt bereikt ten opzichte van de Britse variant. En dan zal het er dus echt van afhangen of op dat moment het reproductiegetal voor de deltavariant ook onder de 1 of niet. Want dat bepaalt of de variant zich uiteindelijk verder verspreidt in de maatschappij. We verwachten dat dit voor de zomer niet zo is, omdat we dan het gunstige seizoenseffect hebben. Maar voor het najaar, waarin dat seizoenseffect omdraait, kom je in een kritischer situatie. De meest belangrijke voorspeller daarvoor is toch het aantal vaccins dat volledig gezet is, omdat die beschermen tegen ziekte en met name tegen ernstige ziekte.

**De voorzitter:**

Ik zie dat u het woord wilt, mijnheer Paternotte, maar we moeten eerst even het rondje maken. De volgende keer hoop ik dat ik weer alle gelegenheid heb om u alle keren het woord te geven, maar dat gaat nu niet lukken. Mevrouw Kuiken.

**De heer Van Dissel:**

Als ik mag ... Want de heer Paternotte vroeg ook nog even naar de vaccins en het al of niet kruisen daarvan. Daar komt opnieuw een advies van de Gezondheidsraad over. Hier was tot voor kort niet veel informatie over, maar er zijn inmiddels een aantal studies vanuit Duitsland, Spanje en ik dacht ook Frankrijk die suggereren dat dat wellicht een optie is. Het hangt dus af van hoe de Gezondheidsraad dit uiteindelijk weegt. U hebt in de data kunnen zien dat twee keer AstraZeneca voor meer dan 95% beschermt tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname. Dat is dus een uitstekend alternatief voor degenen die daar binnenkort een tweede vaccin van krijgen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Kuiken namens de PvdA.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

In de vorige zomer zagen we dat in 40% van de gevallen de nieuwe besmettingen uit het buitenland kwamen. In de modellen en in de voorspellingen die nu gedaan worden, is er nog geen rekening gehouden met reisbewegingen. België, Duitsland en Denemarken hebben er nog niet voor gekozen om verdergaand te versoepelen, maar wij laten eigenlijk bijna alles los. Dat zijn dus niet alleen de mondkapjes, maar ook het thuiswerken is per direct afgeschaft. En dat terwijl we nog heel veel onzekerheden hebben, zowel over hoe dominant de deltavariant wordt als over wat al die reisbewegingen doen die nu op gang komen. De vaccinatiegraad is nog beperkt, omdat heel veel volwassenen, onder andere ikzelf, nog wachten op een tweede prik half juli. Waarom is dan dit moment gekozen, en niet een moment iets meer in de zomer? Afschalen is beleidsmatig niet makkelijk, maar voor ons mensen wel. Opschalen, zoals straks weer een mondkapje op moeten terwijl je er niet meer aan gewend bent, dát wordt een stuk lastiger. Waarom is er nu voor dit moment gekozen en niet voor een moment bijvoorbeeld twee of drie weken verder, waarop je een hogere vaccinatiegraad hebt, meer weet over wat bewegingen gaan doen en we dan op het punt van die 50% zitten met de deltavariant zelf?

**De heer Van Dissel:**

Ja, kijk, dat laatste ... Ik wil niet zeggen dat het er helemaal niet toe doet, maar dat geeft gewoon de proportie weer van het type virus dat circuleert. Het kan in de hele zomerperiode nog steeds omlaaggaan met de deltavariant.

U zegt ook wat over versoepelen. Ik heb gisteren nog contact gehad met collegae uit Denemarken, Duitsland en België. Ze gaan allemaal versoepelen. Ze hebben allemaal dezelfde toename van de deltavariant als wij zien. De data verschillen ook nauwelijks. Eén doet het per 1 juli. Dat gaat allemaal komen. Dat komt omdat in al die landen de overaltrond dalende is. Men ziet natuurlijk de risico's en daar moet je op handelen.

We kunnen dan een aantal dingen doen. We kunnen het nu weer opschorten, terwijl de getallen gewoon heel laag zijn. Maar ik denk dat we er beter alles aan kunnen doen om die vaccinatie-uptake zo hoog mogelijk te houden. Want die zorgt er uiteindelijk voor dat we ook in het najaar de problemen qua ziekenhuizen en ic's kunnen omzeilen. Het gaat ons er niet om elke besmetting te voorkomen. Dat zou helemaal niet kunnen. Een heleboel besmettingen zijn onder de medische radar en zijn ook helemaal niet ernstig. Dat zie je ook in Portugal en Engeland, waar de besmettingen vooral onder scholieren zijn. Daar zien ze ook dat beeld. Wat u noemt, zijn natuurlijk allemaal overwegingen. Maar je moet toch duidelijk hebben wat je precies met je beleid wilt bereiken. Als dat het voorkomen van ziekenhuis- en ic-opnames is en niet het voorkomen van elk mild ziektebeeld – wat we als OMT niet willen voorkomen – dan is deze gang nu gerechtvaardigd. Uiteraard kan je dat te snel of te langzaam vinden. We hebben het afgelopen jaar hier vaak gehoord dat we te langzaam of te snel gingen, maar we denken dat het nu kan. Als er meer besmettingen zijn, dan verwacht je die onder groepen die nog niet gevaccineerd zijn. De uiteindelijke druk daarvan op de zorg zal zeer waarschijnlijk gering zijn.

**De voorzitter:**

Meneer Van Haga namens de Groep Van Haga.

**De heer Van Haga** (Groep Van Haga):

Vorig jaar zagen we rond deze tijd een veel snellere daling van het aantal besmettingen met covid en toen was er nog helemaal niemand gevacci-

neerd. Je zou toch verwachten dat door natuurlijke immuniteit en door de vaccinaties, de daling dit jaar eerder zou plaatsvinden en ook sneller. U gaf in het begin van uw presentatie al aan dat er ook sprake is van een seizoenseffect. Bent u het dan met mij eens dat een causaal verband tussen deze daling en vaccinaties op z'n minst onwaarschijnlijk is en dat het zeer waarschijnlijk is dat de daling vrijwel geheel toe te schrijven is aan het feit dat corona gewoon een seizoensvirus is?

De heer **Van Dissel**:

Daar ben ik het volledig niet mee eens. Ik weet niet of dat dan het antwoord is.

De **voorzitter**:

Misschien een klein beetje uitleg?

De heer **Van Dissel**:

Voor de duidelijkheid: we hebben een model en dat model rekent. U heeft gezien hoe dat presteert. Daar zit een seizoenseffect in, maar wij weten dat door bijvoorbeeld de vaccinatie-effecten eruit te halen, de curves er totaal anders hadden uitgezien, ook al was er het seizoenseffect. Dat is een. Een tweede is dat we natuurlijk aan de ziekenhuisopnames zien, in proportie tot het vaccineren van de leeftijdsgroepen, dat de groepen die naar het ziekenhuis moeten komen, gewoon wegvallen omdat daarbij geen ziekte meer optreedt. Ik kan me niet voorstellen dat het seizoenseffect rekening houdt met leeftijden en dat dat niet aan de vaccinaties toe te schrijven is. Ik denk dat u gelijk heeft dat er een seizoenseffect is. Dat nemen wij ook mee in het model. De temperatuur, de luchtvochtigheid en dergelijke zitten daarin. Maar het overgrote deel van de daling die we zien, is het gevolg van vaccinatie en het feit dat vaccinatie beschermt tegen ziekte en ziekenhuisopname.

De **voorzitter**:

Ik snap dat dit antwoord voor u onbevredigend is, maar ik kan niet nu ...

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):

Het is bijzonder onbevredigend. Ik vind het eerste antwoord ook lichtelijk aanmatigend. De daling was vorig jaar steiler en sneller dan nu. Mijn vraag was: kunt u dat uitleggen?

De **voorzitter**:

Ja, maar dat is echt ... Ik bedoel, het RIVM rekent met 10% en de onderzoekers van Oxford met 42%. Ik snap dat het antwoord onbevredigend is, maar ik moet nu echt naar mevrouw Gündoğan.

De heer **Van Haga** (Groep Van Haga):

Bijzonder.

De heer **Van Dissel**:

Inmiddels met 15%, voor de duidelijkheid.

De **voorzitter**:

Inmiddels wordt er gerekend met 15% en door de onderzoekers van Oxford met 42%. Dat is een groot verschil.

De heer **Van Dissel**:

Het belangrijkste verschil met vorig jaar is domweg ook de strengheid van de maatregelen. Als u bijvoorbeeld op de Oxford-site naar de mate van strengheid van de maatregelen in de verschillende landen kijkt, dan zult u zien dat we in Nederland langer striktere maatregelen hebben gehand-

haafd en dat de daling daardoor in die periode inderdaad wat steiler was dan momenteel.

**De voorzitter:**

Mevrouw Gündoğan van Volt.

Mevrouw **Gündoğan** (Volt):

Mijn vraag gaat over een regionale aanpak. Wij hebben daar tot op heden in Nederland vrij weinig gebruik van gemaakt. Wij zien dat er ook verschillen zijn in Nederland, bijvoorbeeld in de regio Urk, waar de vaccinatiegraad lager ligt dan in de rest van Nederland. Ik kan me voorstellen dat vorig jaar, aan het eind van de zomer, Amsterdam zo ongeveer bruin was qua kleur. Lissabon gaat dit weekend op slot. Zijn wij in Nederland, zeker als extra beheersmaatregel om het land niet helemaal op rood te krijgen, deze keer wel bereid om strikter regionaal, à la Lissabon, op te treden?

**De heer Van Dissel:**

Dit is natuurlijk een belangrijke vraag: als je ziet dat in bepaalde regio's het percentage vaccinaties lager is dan elders, ga je dan, als je weer maatregelen moet nemen, dat meteen voor het hele land doen of eerst regionaal? Ik denk dat het antwoord zou kunnen zijn dat je dat het liefst regionaal doet, omdat je dan de acties neemt op de plek waar de problemen zijn. Een regionale aanpak is bijvoorbeeld in het clusteronderzoek of het bron- en contactonderzoek kijken wat je lokaal kan doen om verdere verspreiding te voorkomen. Dat is dus in wezen wat er gebeurt. Zo'n regionale aanpak hebben we natuurlijk ook eerder even gehad, na de afgelopen zomer. Voor zo'n aanpak hebben we dus ook een heleboel instrumenten klaarliggen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Baarle namens DENK.

**De heer Van Baarle** (DENK):

De belangrijkste factor in de vraag of we een heel zwart scenario tegemoetgaan of een meer hoopgevend scenario, is in hoeverre vaccinatie transmissie voorkomt, en dan met name van de deltavariant. U heeft in uw presentatie een Engels onderzoek aangehaald waarmee u het beeld schetst van ziekte en ziekenhuisopnamen voor de deltavariant. Vervolgens heeft u, bij de vraag of vaccinatie transmissie voorkomt, een Nederlands en een Israëliësch onderzoek aangehaald die volgens mij geen heel harde uitspraken deden over de deltavariant. Wat weten we nou eigenlijk van de transmissie van de deltavariant na vaccinatie?

**De heer Van Dissel:**

Dat is een hele goede vraag. Daarover ontbreken inderdaad deels de gegevens. Er is ook onderzoek uit Schotland, dat ook laat zien wat de invloed is op transmissie, op vergelijkbare wijze met het Nederlandse onderzoek. Maar u heeft gelijk: er zijn bepaalde dingen die we gewoon nog moeten leren naarmate we verder komen. Zo'n nieuwe variant overvalt of verrast ons in feite toch weer. Je zal dan dus moeten bevestigen dat alles wat je tot nu toe hebt aangenomen, ook voor die variant geldt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik denk dat al bekend is wat mijn vraag is. Mijn vraag gaat over die quarantainecijfers. Het zou in ieder geval fijn zijn als wij voor het

coronadebat de bevestiging krijgen of die 3.219 echt alle quarantaineverklaringen zijn, of dat het een selectie is, en of iedereen daarvan wordt gebeld of niet. Maar ik concludeer in ieder geval dat als 9% gewoon een verkeerd telefoonnummer invult en 19% geen gehoor geeft, bijna 30% er dus een potje van zit te maken. Daar heb ik graag even een reflectie op. Met vliegtickets en andere dingen moet je die mensen toch kunnen traceren? Hoeveel inspanning wordt daarop gedaan?

Mevrouw **Van Rijn**:

De wet kent natuurlijk een aantal uitzonderingen. Diplomaten en dat soort partijen worden niet nagebeld. Er zitten uitzonderingen in de wet en die hoeven niet te worden doorgegeven aan het belteam. Daar zal dus een stukje selectie in zitten. De aantallen daarvan kan ik zo niet geven. Over uw vervolgvraag: ja, daar is eigenlijk nog een hoop winst te boeken. Die 90% aan quarantaineverklaringen zou je graag naar een hoger aantal willen hebben. En over hoe we omgaan met het niet invullen van telefoonnummers: dat is aan de voorkant zichtbaar, dus daar valt nog een hoop winst te boeken in het effectiever maken. Maar u moet beseffen dat de wet sinds 1 juni van kracht is. We zijn met elkaar, dus met het belteam, met de gemeentes en met de veiligheidsregio's, aan het kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat we hier een beter systeem van maken.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Vries namens de VVD.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik ga weer even terug naar het plaatje van het ECDC. Daarop staan wij nog op rood. De verwachting werd uitgesproken dat Nederland volgende week op geel zou kunnen komen en over veertien dagen misschien wel op groen. Ik ben wel benieuwd hoe de heer Van Dissel daarnaar kijkt. Kunnen we daar met de huidige trend inderdaad op uitkomen? Er wordt in heel veel landen onderscheid gemaakt tussen regio's. Dat doen wij nu niet, zoals ik het hier zie. De Duitsers zeggen wel dat mensen uit Zeeland, Friesland en Groningen voor hen al «op groen» zijn. Is daar een reden voor? Ik weet niet wie die vraag zou moeten beantwoorden, maar kan er een verschil worden gemaakt tussen regio's?

De heer **Van Dissel**:

De vraag is of u denkt dat we van rood richting geel en groen gaan. Wij zien nu de getallen en op grond daarvan spreken wij verwachtingen uit voor de toekomst. En ik verwacht dat wel. Ik heb u ook laten zien dat de huidige getallen van Nederland eigenlijk niet zo heel anders zijn dan die van België en een aantal andere landen, die al een andere kleur hebben. Het heeft met name te maken met de duur van de periode waarin je al onder die grenswaarde zit. Daar hangt het van af. Als je daar veertien dagen voor aanhoudt, en je bent snel dalende, dan duurt het dus nog even voordat je die twee weken gehaald hebt. Wat betreft regio-invulling: dat heeft het ECDC weleens gedaan. Je kan je natuurlijk afvragen wat dan de meest behapbare regio is. Ik denk dat het momenteel niet echt gerechtvaardigd is om daar binnen Nederland onderscheid in te maken, als je naar het aantal gevallen kijkt. Op de kaart die ik geprojecteerd heb laten zien, zie je dat de noordelijke provincies misschien wat lager zitten, maar dat de rest van Nederland eigenlijk vrij homogeen is.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Van Meijeren namens Forum voor Democratie.

De heer **Van Meijeren** (FVD):

Het valt me op dat veel van wat de heer Van Dissel beweert toch gebaseerd is op allerlei modellen, projecties, doorrekeningen, aannames

en rapporten uit het buitenland. Dat geldt ook voor zijn uitspraak dat de vaccins goed werken tegen ziekenhuisopnames. Maar wij hechten meer aan de realiteit die is gebaseerd op objectieve metingen. Vandaar de vraag: wordt op dit moment in Nederland ook geregistreerd hoeveel procent van de mensen die positief getest zijn op covid en nu in het ziekenhuis liggen, zowel op de verpleegafdelingen als op de ic, al geïnjecteerd is en met welk vaccin?

**De heer Van Dissel:**

In Nederland weten we natuurlijk welke vaccins voor welke leeftijdsgroepen gebruikt worden. Dat is bekend. We zien qua aantallen natuurlijk ook dat de meeste vaccins die gebruikt zijn, van Pfizer zijn. We hebben natuurlijk de mensen van 60 tot 65 die vooral met AstraZeneca zijn gevaccineerd. Het tweede wat we weten, gaat over de ziekenhuisopnames zelf, over wat de leeftijd is van de personen die worden opgenomen. Als je gaande het vaccineren van groepen ziet dat die groepen vervolgens niet meer in de ziekenhuizen worden opgenomen en ook niet meer positief worden getest, dan heb je, denk ik, toch heel sterk bewijs dat daar een relatie tussen zal zijn, temeer ook omdat we vaccinfalen apart onderzoeken. Als iemand gevaccineerd is en desalniettemin toch een covidinfectie krijgt, laat staan een covidinfectie die tot een ziekenhuisopname leidt, dan wil je natuurlijk met name weten of zo iemand nou met een bekende virusvariant geïnfecteerd is, of dat er sprake is van een variant die zich bijvoorbeeld onttrekt aan de vaccinatie. Dus daar geschiedt Nederlands onderzoek naar. Omdat we natuurlijk ook de internationale literatuur bijhouden, probeer ik ook te schetsen wat bijvoorbeeld uit Engeland naar voren komt. Daar lopen ze namelijk voorop wat betreft de deltavariant en kunnen ze ook het vaccinatie-effect daarvan laten zien. Dat kan in Nederland natuurlijk gewoon nog niet worden getoond, omdat de aantallen nog te klein zijn.

**Voorzitter: Paternotte**

**De voorzitter:**

Ik neem het voorzitterschap even over, zodat mevrouw Agema ook nog een vraag kan stellen.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Heel fijn dat ik ten slotte ook nog een vraag mag stellen. Ik vind het allemaal zo negatief. De voorspelling van het RIVM is dat we deze zomer naar nul ziekenhuisopnames gaan. Dat is ook de voorspelling in het Verenigd Koninkrijk, waar al 90% van de besmettingen de deltavariant betreft. Vorig jaar hadden we in de zomer zo'n 1.700 besmettelijken. Dat zal nu heel fors minder zijn met de miljoenen vaccins die zijn gezet, waardoor de transmissie voor een heel deel wordt ingedamd. Dan vind ik het heel fors om de hele zomer, terwijl er nauwelijks nog besmettelijken zijn, die 1,5 meter vol te houden, binnen en buiten. De kans op transmissie was buiten al heel klein. Ik vind het zo fors dat je straks, als er bijna geen mensen meer besmettelijk zijn, niet eens in de buitenlucht binnen de 1,5 meter van een ander persoon mag staan en je ook je oma niet mag knuffelen. Ik wil vragen hoe de heer Van Dissel er nu bij komt om die zeer vergaande sociale maatregel nog van kracht te laten zijn.

**De heer Van Dissel:**

Allereerst ben ik het helemaal met u eens dat het beeld er op zich gunstig uitziet. Ik heb hopelijk ook het volgende duidelijk gemaakt. Als de vaccinatie-uptake hoog is en ook wordt bevestigd wat we nu denken, namelijk dat vaccinatie in belangrijke mate voorkomt dat het virus toch nog kan worden overgedragen, dan ziet het beeld er ook naar de wat langere termijn natuurlijk gewoon gunstig uit. Dan kom je op die

R-waarden die onder de 1 liggen, die ik heb laten zien in de grafiek. Dan kun je eigenlijk geen uitbraak meer krijgen. Maar ik wil wel benadrukken dat daar echt een heleboel onzekerheden in zitten. Die onzekerheden zijn al een aantal keren genoemd. Ik heb het over de variantvirussen. We dachten dat het over was en toen kwam de UK-variant. Toen trad toch weer een hele golf op als gevolg daarvan. Dan ben je de UK-variant kwijt en krijg je helaas de deltavariant. Dat virus is er eigenlijk nog maar sinds heel kort in geslaagd om van dier op mens over te gaan en het heeft nu eigenlijk training on the job, zoals dat heet. Het probeert wat dat betreft verschillende mutaties uit. Daar zit gewoon een onzekerheid in. Er is ook onzekerheid over hoelang de immuniteit geldt, want immuniteit voor luchtweginfecties is over het algemeen niet levenslang, zoals bij waterpokken of de mazelen. Die strekt zich uit over een periode van één tot een paar jaar. Dat maakt ook dat daar onzekerheden in zitten. Er zit ook onzekerheid ten aanzien van de vraag hoeveel last we krijgen van besmettingen die in het buitenland worden opgedaan en waar mensen mee terugkomen, dat al dan niet wetende. Kortom, er zijn dus nogal wat onzekerheden.

Dan kan je, zoals u misschien aangeeft, zeggen: we stoppen nu met alles, want het ziet er zo mooi uit en we starten het eventueel weer op als dat in het najaar toch nodig zou blijken. In het advies hebben we gezegd: «We kunnen een heleboel versoepelingen aan. We voorspellen ook dat dat zonder al te veel problemen gaat, maar houd een aantal van de maatregelen nog vast.» Dat zeggen we niet alleen omdat we denken dat het misschien heel ingewikkeld wordt om ze los te laten en ze daarna, na een paar weken, weer op te moeten starten, maar ook omdat die van belang zijn om zicht te houden op het virus en om een hele belangrijke bron van overdracht tegen te gaan, namelijk het komen binnen die 1,5 meter, die overigens thuis voor gezinnen niet wordt gehandhaafd. We willen dat toch voortzetten. Dat is een keuze. Uiteindelijk is dat een beleidskeuze. Wij hebben het advies gegeven dat dat ons verstandig lijkt om te doen, maar uiteindelijk neemt men in het beleid een beslissing. Dat is momenteel de situatie.

**De voorzitter:**

Het is 18.30 uur. Ik geef het voorzitterschap terug aan de echte voorzitter.

**Voorzitter: Agema**

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze update over het coronavirus. Ik dank onze sprekers, de heer Van Dissel, mevrouw Van Rijn en de heer Roozendaal, hartelijk voor hun presentaties. We weten nog niet wanneer het debat zal zijn, maar het zal ergens deze week zijn. Ik dank u hartelijk.

Sluiting 18.31 uur.