

Vergaderjaar 2021–2022

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1557**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 november 2021

In de aangenomen motie Bikker c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 1534) vraagt uw Kamer de regering om 1G uit te werken in verschillende modaliteiten (PCR of antigeen) en dit te presenteren bij de komende wetsvoorstellen aangaande de uitbreiding van het Ctb. Hierbij ga ik in op uw verzoek en doe ik u enkele overwegingen toekomen over 1G.

In het wetgevingsoverleg van 17 november 2021 heb ik toegezegd om in de memorie van toelichting behorend bij het wetsvoorstel Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met uitbreiding van de tijdelijke regels om de inzet van coronatoegangsbewijzen te verbreden naar personen die arbeid verrichten en bezoekers (Tijdelijke wet verbreding inzet coronatoegangsbewijzen) nader in te gaan op het onderscheid tussen publieke plaatsen, besloten plaatsen en besloten plaatsen waar het beroep of bedrijf wordt uitgeoefend. Ten aanzien van deze toezegging verwijs ik naar paragraaf 4 van de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel. Hiermee beschouw ik deze toezegging als afgedaan. Voorts treft u bijgaand aan bijlage 2 bij het 130<sup>e</sup> OMT advies; deze was gisteren nog niet gereed<sup>1</sup>.

Ik heb u toegezegd om bij de overwegingen over 1G in te gaan op vier vragen:

- Wat is de effectiviteit?
- Wat betekent 1G – voor zover bekend – ten aanzien van gedrag?
- Wat zijn de praktische mogelijkheden?
- Wat zijn de afwegingen ten aanzien van proportionaliteit en subsidiariteit?

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Onder 1G wordt in deze overwegingen verstaan: iedereen – gevaccineerd, recent hersteld en niet geïmmuniseerd – moet testen voordat toegang tot een bepaalde plek of activiteit kan worden verleend.<sup>2</sup>

Vooraf zij opgemerkt dat veel nog onbekend is. Mij is geen internationaal voorbeeld bekend waar alleen een negatieve test geldig is om toegang te krijgen tot bepaalde sectoren en dus alleen een vaccinatiebewijs of herstelbewijs niet. Er kan noch op lessen noch praktijkonderzoek uit andere landen worden gebouwd.<sup>3</sup> Onderstaande bespreking van de effectiviteit is daarom gebaseerd op modellering. De mogelijke effecten op gedrag komen voort uit kennis van de gedragsunit van het RIVM alsmede uit in mijn opdracht uitgevoerd onderzoek van DVJ Insights. De praktische mogelijkheden zijn lastig in te schatten om dat over veel sectoren geen basiscijfers over aantallen bezoekers bekend zijn. De hieronder weergegeven inschattingen zijn gebaseerd op de gegevens waar de Stichting Open Nederland (SON) over beschikt. In de paragraaf over proportionaliteit en subsidiariteit ga ik in op een aantal overwegingen daaromtrent.

## 1. Effectiviteit

De bijlage bij het 130<sup>e</sup> OMT advies<sup>4</sup> gaat in de op de relatieve effectiviteit van respectievelijk 2G+, 2G, 1G en 3G. Bij de modellering laat het OMT zien dat effectiviteit afhangt van de mate van besmettelijkheid, de vatbaarheid van personen de effectiviteit van vaccinaties tegen besmettingen, transmissie en ziekenhuisopnames en van de testsensitiviteit.<sup>5</sup>

De modellering van het OMT laat zien dat 1G weliswaar effectiever is dan 3G, maar minder effectief dan 2G. Hierbij gaat het om de relatieve effectiviteit, te weten – de kans op minder besmettingen of ziekenhuisopnames afgezet tegen 3G binnen een Ctb-setting. 1G reduceert – in Ctb-settings waar dit wordt toegepast bij een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking – het aantal nieuwe besmettingen ten opzichte van 3G met maximaal 35% in dit model. En ook ziekenhuisopnames met maximaal 35%. Voor 2G is dat respectievelijk 50% en 82%. Het verschil tussen 1G en 2G zit met name in de vatbaarheid van mensen op de locatie aldus het OMT. Deze waarden zijn afhankelijk van vaccineffectiviteit en testsensitiviteit. Wanneer de testsensitiviteit veel hoger zou zijn, dan zouden zowel 3G als 1G effectiever worden. 1G is volgens dit model effectiever dan 2G voor het voorkomen van ziekenhuisopnames bij een sensitiviteit van de testen van 88% of hoger. En effectiever voor het voorkomen van besmettingen bij een sensitiviteit van 69% en hoger. Deze hogere sensitiviteit kan bereikt worden met PCR-testen die maximaal 24 uur voor de start van de activiteit afgenomen zijn.

Het OMT geeft aan dat een aantal aspecten niet in het model zijn meegenomen:

- Het model ziet alleen op besmettingen en ziekenhuisopnames die direct voortkomen de activiteit waar Ctb geldt. Secundaire en tertiaire besmettingen zijn niet meegenomen. Een persoon die niet gevaccineerd is en op de activiteit besmet is geraakt, geeft het virus makkelijker door aan een ander (50% transmissieremming bij gevaccineerden).

<sup>2</sup> Een andere variant is 2g (alleen gevaccineerden of herstelden) plus 1G (iedereen in die groep testen) ook wel bekend als 2G+. Deze wordt hier buiten beschouwing gelaten.

<sup>3</sup> Wel zijn er voorbeelden van landen, zoals Oostenrijk en Duitsland, waar er gewerkt wordt met 2G+, waarbij alleen gevaccineerde of herstelde mensen met een testbewijs worden toegelaten

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>5</sup> Voor de aannames van het OMT hierbij verwijs ik korthedshalve naar de bijlage van het 130<sup>e</sup> advies van het OMT.

De aanname lijkt reëel dat iemand die niet gevaccineerd is ook in zijn omgeving en nauwe contacten meer mensen heeft die niet gevaccineerd zijn dan gemiddeld (70% remming op besmetting bij vaccinatie). Dit kan leiden tot een overschatting van de positieve effecten van 3G en 1G ten opzichte van 2G.

- Het OMT geeft tevens aan geen rekening te kunnen houden met de effecten die ontstaan als gevolg van mensen die activiteiten mijden waar 3G, 2G of 1G wordt gevraagd, maar wel elders elkaar ontmoeten.
- De absolute opbrengst van de maatregel – zo zegt het OMT – is verschillend per setting, doelgroep (leeftijdsmix en mix wel / niet gevaccineerd of hersteld) en fase van de pandemie. Hoe hoger het gemiddeld risico van de aanwezigen op ziekenhuisopname, hoe groter het verschil tussen 2G en 1G. Geplaceteerde settings, buitenactiviteiten, etc. geven ook een andere uitkomst. Er zijn verschillen tussen korte en lange activiteiten. In de basis geldt dat hoe groter de kans op het doorgeven van een infectie is, hoe groter het verschil tussen 2G en 1G is. Het OMT geeft aan dat een afweging over andere Ctb-vormen eigenlijk om een individuele beoordeling per setting vraagt. Waarbij de specifieke bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgeemaakte infectie, niet-gevaccineerden, leeftijd van de deelnemers en het aantal aanwezigen doorslaggevend is voor de beoordeling, zo zegt het OMT.

### *Concluderend*

Samenvattend is, als we kijken vanuit epidemiologisch perspectief, 2G ter bescherming van de ziekenhuisopnames en ter voorkoming van besmettingen bij toepassing van antigeentesten (veel) effectiever dan 1G. Bij toepassing van PCR testen die maximaal 24 uur voor aanvang zijn afgenomen is 1G vergelijkbaar of beter.

## **2. Gedragsaspecten**

De gedragsunit van het RIVM stelt in het 130<sup>e</sup> OMT advies dat negatieve effecten van een Ctb maatregel zijn uit te leggen als:

- a. De maatregelen veel effectiever zijn tegen ziekenhuisopnames of met andere woorden er een perceptie is van proportionaliteit. Gevaccineerden en herstelden ervaren zelf weinig «last» bij 2G of 3G omdat zij al een bijpassend bewijs hebben, maar wel van 1G omdat ze in dat geval moeten gaan testen. Terwijl 2G beduidend effectiever is tegen ziekenhuisopnames en het verschil tussen 3G en 1G zeker aanwezig is maar niet in die mate als bij 2G ten opzichte van 3G. De perceptie van proportionaliteit zal afhangen van hoe zeer gevaccineerden en herstelden gelijkheid met de groep niet gevaccineerden belangrijker vinden dan de eigen last.
- b. Niet-gevaccineerden of herstelden ervaren evenveel «last» bij 3G als bij 1G omdat zij in beide gevallen moeten testen. Voor 2G geldt dat deze groep die maatregel snel als niet eerlijk zal ervaren.
- c. Van tijdelijke aard is. Hoewel de maatregel juridisch altijd van tijdelijke aard zal zijn om dat deze – indien ingevoerd – vorm zal krijgen in de tijdelijke wet maatregelen covid 19, kan de perceptie van tijdelijkheid anders zijn. Voor gevaccineerden geldt dat verworven rechten worden teruggedraaid als 1G wordt ingevoerd. Daaruit kan een andere beleving volgen van tijdelijkheid en het moeten brengen van dit «offer» voor de groep niet gevaccineerden. Dit gevoel kan worden beperkt door de maatregel alleen bij bepaalde signaalwaarden in te zetten zoals bijvoorbeeld omschreven in de «aanpak najaar». Sectoren anders dicht moeten en daar geen redelijke even veilige alternatieven voor zijn.

Ook hier geldt dat dit punt door de groepen gevaccineerd en hersteld en de groep niet gevaccineerd anders uitgelegd kan worden. Voor de eerste groep kan 2G een redelijk en veiliger alternatief zijn omdat zij daar zelf niet door worden geraakt. Voor de tweede groep geldt dat evident anders.

Verder geeft de gedragsunit van het RIVM aan dat 1G de vrijheid van grote groep mensen die gevaccineerd zijn beperkt.

### *Peiling*

Om te kunnen inschatten hoe mensen aankijken tegen mogelijke invoering van 1G-beleid is van 19 tot en met 21 november 2021 een peiling uitgevoerd onder 1.600 Nederlanders van 12 jaar of ouder. De resultaten van deze peiling stuur ik als bijlage met deze brief mee.

Voor vrijwel alle sectoren geldt dat men bij de invoering van een 1G-beleid deze minder vaak gaat bezoeken. Daarbij moet vermeld worden dat uit een eerdere peiling al bleek dat men de meeste locaties met het huidige 3G-beleid al minder vaak bezoekt. Dat geldt voor zowel mensen met een langer geldig CTB (gevaccineerd of hersteld) als mensen zonder lang geldig CTB, maar sterker voor deze laatste groep die moet testen voor toegang. Overigens is daarbij – zeker onder gevaccineerden en herstelden – onduidelijke in welke mate dit het gevolg is van het CTB, of vanwege andere afwegingen. De mate waarin mensen zeggen dat ze onder 1G een bepaalde sector minder zullen bezoeken is het grootste bij restaurants en overige horeca. Voor alle sectoren geldt dat 60% van de geënquêteerde mensen aangeeft onder 1G minder vaak naar die setting te zullen gaan. Op deze korte termijn was niet mogelijk om een diepere uitvraag te doen om zo een inschatting te maken van hoe groot de verwachte daling in absolute getallen zou zijn.

Voor de meeste locaties geldt dat zo'n zes op de tien mensen het huidige 3G-beleid passend vinden. Eveneens geldt voor vrijwel alle locaties dat het invoeren van een 1G-beleid over het algemeen zo'n 20% minder passend wordt gevonden dan een 3G-beleid.

Eenderde van de mensen denkt dat 1G-beleid effectiever is om besmettingen te voorkomen dan een 2G-beleid. Een even groot deel vindt dit juist niet en een even groot deel is hier neutraal over. Vier op de tien zegt zich niet veiliger te gaan voelen met 1G-beleid ten opzichte van 2G-beleid, een kwart juist wel en een derde is hier neutraal over.

Ruim de helft van de mensen (56%) geeft de voorkeur aan een 2G-beleid boven een 1G-beleid. 22% is hier neutraal over en een even groot deel is het hier niet mee eens. Drie op de tien vindt een 1G-beleid wel eerlijker dan een 2G-beleid, een even groot deel is hier neutraal in en vier op de tien vinden een 1G-beleid niet eerlijker dan een 2G-beleid.

In vergelijking met 2G lijkt 1G minder polariserend, dat wil zeggen meer mensen scoren neutraal op zaken als ervaren nut en belang, of het slecht of goed is, uitsluiten van mensen met het beleid, en het geven van een veilig gevoel. Tegelijkertijd geldt voor al het bovenstaande dat de groep die niet gevaccineerd of hersteld is (veel) positiever aankijkt tegen 1G dan de groep wel gevaccineerd of hersteld.

### *Concluderend*

Gedrag is moeilijk te voorspellen. De algemene noties van het RIVM laten zien dat ervaren proportionaliteit erg belangrijk is voor acceptatie. Het is op basis van het uitgevoerde onderzoek zeer waarschijnlijk dat er in alle

sectoren waar 1G zou worden ingevoegd minder bezoekers komen. Dit effect is het grootste bij restaurants en overige horeca. Dat laatste laat op alle vlakken zien dat er verdeeldheid is over 1G als maatregel ten opzichte van 2G, waarbij meer mensen 2G als veiliger en effectiever zien. Een meerderheid acht 2G wenselijker dan 1G, terwijl de vraag of het ook eerlijker is een even verdeling tussen ja, nee en neutraal laat zien.

### 3. Praktische overwegingen

Zoals het OMT aangeeft, is ruim voldoende testcapaciteit een belangrijke voorwaarde om 1G in te kunnen voeren. Uit de effectiviteitbeoordeling van het OMT blijkt dat een meer sensitieve test beduidend beter is voor 1G dan een minder sensitieve test. Dat zou er op kunnen wijzen dat een PCR test te prefereren is bij 1G. Onderstaand is, zoals in de motie verzocht, zowel PCR als antigeen uitgewerkt.

#### *Inschatting aantallen*

Het is niet eenvoudig om een goede schatting te maken van de aantallen testen die voor 1G nodig zijn. Omdat er onvoldoende betrouwbare cijfers zijn over alle sectoren voor aantallen bezoekers in 2019 (pre covid), worden twee rekenmethoden bekeken. Daarbij wordt uitgegaan van 2 scenario's: a. 1G vervangt alle 3G Ctb sectoren die in de wet(svoorstellen) zijn opgenomen en b. 1G wordt ingezet in die hoog risico sectoren waar 2G mogelijk zou zijn. De rekenmethoden zijn als volgt:

1. Schatting op basis van ervaringscijfers van SON uit de sectoren die al onder Ctb vielen aangevuld met schattingen van cijfers voor nieuwe sectoren (niet essentiële detailhandel; werknemers en onderwijs). In deze wijze van berekenen wordt gekeken naar de hoeveelheid testen die per dag is afgenomen tussen 6 en 18 november. Deze aantallen zijn omgerekend naar de gehele populatie. Dit percentage is gebaseerd op de ervaringscijfers van SON.

Rekening houdend met het percentage van mensen dat daadwerkelijk zou willen testen zoals dat uit het gedragsonderzoek komt leidt dat voor alle sectoren tot de volgende ruwe raming:

Zon	Ma	Di	Wo	Do	Vrij	Za	Week totaal
2,8 mln.	3,9 mln.	4,1 mln.	4,2 mln.	4,5 mln.	6,7 mln.	4,5 mln.	<b>30,7 mln.</b>

Voor scenario b. de hoog risicosectoren<sup>6</sup> plus alle (verwachte) 3G (omdat 3G er voor de andere sectoren nog wel zal zijn) leidt dat tot de volgende ruwe raming:

Zon	Ma	Di	Wo	Do	Vrij	Za	Week totaal
0,9 mln.	1,0 mln.	1,1 mln.	1,1 mln.	1,2 mln.	2,1 mln.	1,5 mln.	<b>8,9 mln.</b>

#### 2. Schatting op basis van bevolkingsomvang

In deze wijze van berekenen wordt er van uitgegaan dat iemand zich gemiddeld drie keer per week zal laten testen wanneer 1G alle sectoren omvat of 1 keer per twee weken wanneer het alleen de hoog risico

<sup>6</sup> De gegeven cijfers zijn mogelijk een te voorzichtige inschatting. Dit, omdat voor horeca alleen discotheken zijn meegenomen daar er geen cijfers zijn voor een andere splitsing binnen de sector horeca.

sectoren omvat. Vervolgens is net als in de vorige schattingswijze rekening gehouden met de testbereidheid.

Het aantal testen per dag is gemiddeld 6,7 mln of respectievelijk 1,1 mln. Per week is dat 46,9 mln. en 7,7 mln.

### *Concluderend*

Het is bijzonder moeilijk een adequate inschatting te maken van de testbehoefte van 1G ten opzichte van 3G. In scenario a (1G vervangt 3G volledig) is bij een eerste schatting de bandbreedte tussen de 30,7 en 46,9 mln. testen per week. In de situatie dat 1G wordt ingezet ter vervanging van 2G (in hoogrisicosectoren en settings) is de bandbreedte tussen 7,7 en 8,9 mln. testen per week. Als, zoals het gedragsonderzoek laat zien, minder mensen komen door de invoering van 1G, dan liggen bovenstaande cijfers uiteraard lager. Echter de mate waarin dat zal zijn, is niet bekend noch eenvoudig betrouwbaar in te schatten.

### *PCR-testen*

Inzet van PCR testen is beoordeeld op een aantal aspecten: PCR volume, PCR analysetijd en op de kosten van het testen. Ook is voor PCR testen de afnamecapaciteit bekeken; omdat deze hetzelfde is als voor antigeentesten, wordt kortheidshalve naar die paragraaf verwezen.

PCR Volume:

- Dienst Testen heeft nu 175 duizend PCR testen per dag gecontracteerd. En ziet op papier de mogelijkheid om op te schalen naar 260 duizend op korte termijn (enkele weken) en 500 duizend op lange termijn (enkele maanden). Met nadruk geeft Dienst Testen aan dat het gaat om papieren werkelijkheden. Immers, ook nu de GGD-en rond de 90 tot 100 duizend testen per dag afnemen lopen de doorlooptijden in de labs op. Hoewel de diverse labs over voldoende machines zouden kunnen beschikken, is ook voor hen de arbeidsmarkt krap en daardoor verder opschalen niet eenvoudig. Labs concurreren met de arbeidsmarkt zorg en welzijn welke over het hele land krap is.<sup>7</sup> Daarnaast is er een grote kans dat PCR testen voor toegang in tempo en voorrang gaan concurreren met testen bij klachten bij de GGD. Dat zou zeer onwenselijk zijn.

PCR analysetijd

- Om het voordeel van de hogere sensitiviteit van PCR testen te benutten moet de geldigheidsduur 24 uur zijn. In het 125<sup>e</sup> OMT advies gaf het OMT immers reeds aan de het verschil tussen antigeen en PCR wegvalt als de laatste een langere geldigheidsduur krijgt.
- De doorlooptijd tussen afname en uitslag is minimaal 24 uur, daarbij gaat het om een gemiddelde waarbij er regelmatig langere doorlooptijden zijn. Dit is een belangrijke belemmering voor de toepassing van PCR omdat het alleen gebruikt kan worden als er zekerheid is dat voor de activiteit begint de uitslag beschikbaar is. Er zijn wel enige uitzonderingen zoals LAMP waarmee de doorlooptijd kan worden verlaagd. Naast enkele praktische bezwaren is de LAMP-apparatuur niet in voldoende mate beschikbaar om deze fijnmazig te kunnen uitrollen en in heel Nederland LAMP als beschikbare test aan te bieden.

---

<sup>7</sup> Het CBS constateert voor Q3 2021 een landelijke spanning op de arbeidsmarkt van 126 vacatures per 100 werklozen. In slechts drie provincies is de spanning op de arbeidsmarkt zo dat er minder vacatures dan werklozen zijn. Bron: CBS

## Kosten als alleen PCR-testen worden gebruikt<sup>8</sup>:

	Scenario a. (alles 1G)	Scenario b. (2G sectoren worden 1G)
Rekenmethode 2 (o.b.v. SON cijfers)	€ 1,4 miljard per week	€ 403 miljoen per week
Rekenmethode 3 (o.b.v. bevolkingsaantal)	€ 2,2 miljard per week	€ 360 miljoen per week

### *Concluderend PCR*

De conclusie is dat voor 1G – in beide scenario's – het gebruik van PCR testen niet uitvoerbaar is gezien de doorlooptijd, het volume en gegeven de kosten maatschappelijk niet verantwoord is.

### *Antigeen*

Bij gebruik van antigeentesten is bekeken wat de gevolgen zijn voor de benodigde afnamecapaciteit. De afgelopen weken worden er tussen de 500 duizend en 650 duizend testen per week afgenomen bij de aanbieders verbonden aan SON. Een inschatting van wat de markt precies kan leveren is lastig te maken. Op basis van wat er de laatste weken aan piekcapaciteit paraat stond, lijkt het mogelijk dat er een half miljoen testen per dag kan worden afgenomen, wat neerkomt op 3,5 mln. testen per week. Dit zou een verzevenvoudiging zijn van wat er nu wordt afgenomen. De berekende testbehoefte bij 1G vraagt daarbovenop om serieuze verdere opschaling. Of de opschaling mogelijk is, is onzeker vanwege de krappe arbeidsmarkt. De GGD'en ervaren dat ook bij de inzet om verder op te schalen. De arbeidsmarkt waar testen voor toegang mee concurreert is enerzijds dezelfde als die waar de GGD'en voor testen voor klachten mee concurreren. Een veel grotere vraag bij testen voor toegang kan er voor zorgen dat de GGD'en minder ver kunnen opschalen. Anderzijds concurreert deze markt met de arbeidsmarkten voor horeca, administratief werk, schoonmaak en commercieel. Hoewel deze niet zo krap zijn als bijvoorbeeld techniek, productie of transport en logistiek, is ook hier sprake van krapte, met name regionaal. Hierbij is piekbelasting een extra aandachtspunt. De genoemde cijfers met geschatte testbehoefte per dag in de week laten duidelijk zien dat er geen gelijke verdeling over de week is.

Alternatieven voor teststraten zoals begeleid zelftesten zijn nog niet voorhanden. Ik ben bezig om hier een drietal pilots op voor te bereiden: digitaal begeleid zelftesten, groepsgewijs begeleid zelftesten op locatie en thuis begeleid zelftesten. Echter geen van deze drie heeft de potentie om een oplossing te vormen voor 1G. Allereerst is de testsensitiviteit mede afhankelijk van de kwaliteit van de afname. Deze is met zelfafname lager dan met professionele afname. Testen thuis kost meer arbeidskracht omdat er per test reistijd voor de afnemer bij komt kijken. Groepsgewijs testen op locatie wil je niet inzetten bij een hoge prevalentie omdat de kans dat een besmet iemand een ander in die groep aansteekt dan te zeer aanwezig is. Digitaal begeleid zelftesten is in potentie eenvoudiger voor de burger omdat deze geen reistijd heeft, maar niet automatisch minder arbeidsintensief en dus voor grote hoeveelheden testen niet meer bruikbaar.

<sup>8</sup> Bij zowel PCR als bij antigeen is gerekend met de bedragen uit de open house van SON: € 46.25 voor PCR en € 17.77 voor antigeen. De totale kosten zijn uiteraard erg afhankelijk van de bereidheid om te testen onder 1G.



## Kosten als alleen antigeentesten worden gebruikt:

	Scenario b. (alles 1G)	Scenario b. (2G sectoren worden 1G)
Rekenmethode 2 (o.b.v. SON cijfers)	€ 545 miljoen per week	€ 155 miljoen per week
Rekenmethode 3 (o.b.v. bevolkingsaantal)	€ 829 miljoen per week	€ 138 miljoen per week

### *Concluderend antigeen*

De conclusie voor antigeentesten is dat het in scenario a (waarbij 1G in alle 3G situaties wordt toegepast) niet uitvoerbaar is en de ingeschatte kosten maatschappelijk niet verantwoord zijn. Voor scenario b. (alleen 1G in hoog risico en 3G bij de andere sectoren) geldt dat de aantallen twee tot tweeëneenhalf maal hoger liggen dan de grens die SON geeft bij «in ieder geval mogelijk». Een keuze hiervoor is operationeel zeer risicovol. De ingeschatte kosten van 1G scenario b. (alleen hoog risico) zijn met een bandbreedte tussen € 138 en € 155 mln. per week substantieel. Bij de beoordeling van beide rekenmethodes is geen rekening gehouden met benodigde piekcapaciteit, die zoals rekenmethode 2 aangeeft op sommige dagen tweemaal zo hoog kan liggen als op andere dagen. Voorts is er ook geen rekening gehouden met mogelijke vraagtuitval als gevolg van de verplichting te moeten testen.

### *Concluderend over praktische overwegingen*

Het aantal te testen personen onder 1G is niet eenvoudig te berekenen en kent vele onzekerheden. De gegeven schattingen laten zien dat het om omvangrijke hoeveelheden testen per week gaat. Het scenario waarin alle (beoogde) 3G sectoren onder een 1G-regime gaan vallen is voor zowel PCR als antigeen niet uitvoerbaar en leidt tot maatschappelijk zeer hoge lasten. Het scenario waarin alle hoog risico sectoren onder 1G vallen en de rest 3G blijft, is voor PCR niet uitvoerbaar en leidt nog steeds tot maatschappelijk hoge lasten. Hiermee vervalt in feite de mogelijkheid om 1G effectiever dan 2G te laten zijn. De 1G aanpak voor hoog risico sectoren houdt bij gebruik van antigeentesten grote risico's voor de uitvoering in – zeker op piekmomenten zoals rond het weekend. Vanuit operationeel oogpunt is dit niet aan te bevelen. Daarnaast levert het substantiële kosten op (oplopend tot € 5,2 miljard per kwartaal).

## **4. Proportionaliteit en subsidiariteit**

Bij 1G is de last voor mensen die niet gevaccineerd zijn of de ziekte recent hebben doorgemaakt hetzelfde als voor 3G. De last voor 2G is zwaarder omdat zij dan op die plaatsen waar 2G geldt niet naar binnen kunnen. Gezien de vaccinatiegraad en een groep die beschikt over een herstelbewijs gaan we er grofweg vanuit dat ongeveer 10% van de bevolking nu niet beschikt over een vaccinatie- of herstelbewijs. Bij 1G is de last voor gevaccineerden of mensen die recht hebben op een herstelbewijs zwaarder dan bij 3G en bij 2G. Het gaat om grofweg 90% van de bevolking van 12+.



Bij de overwegingen over proportionaliteit en subsidiariteit moeten een aantal zaken worden onderzocht:

- a. De noodzaak
- b. De effectiviteit
- c. De gevolgen voor betrokkenen
  - a. Gevaccineerden en herstelden
  - b. Niet gevaccineerden en niet herstelden
  - c. Ondernemers en organisatoren

#### *Noodzaak*

De noodzaak is gelegen in het beschermen van kwetsbare mensen (inclusief degenen die niet zijn gevaccineerd) en het voorkomen van overbelasting van de zorg (waardoor geen zorg meer kan worden geleverd voor zowel covid-19-patiënten als andere patiënten). Net als voor alle andere tijdelijke maatregelen zal voor 1G moeten gelden dat op moment van invoer deze noodzaak er is, gerelateerd aan de effectiviteit, en dat de maatregel niet langer van kracht is dan deze noodzaak vereist. In die zin is 1G gelijk aan elke andere tijdelijke maatregel.

#### *Effectiviteit*

De effectiviteit is hierboven besproken. Gezien het feit dat PCR-testen in feite niet mogelijk zijn en we dus uit moeten gaan van antigeentesten, is de effectiviteit van 1G groter dan die van 3G maar kleiner dan die van 2G. Met name voor de bescherming van de kwetsbaren en het beperken van de belasting van de ziekenhuizen is het te verwachten effect van 1G veel minder goed dan van 2G.

#### *Gevolgen voor gevaccineerden en herstelden*

De gevolgen voor gevaccineerden en herstelden zouden deels als gelijk kunnen worden gezien als de gevolgen voor de groep die niet gevaccineerd is of hersteld is. Immers de testverplichting is onder 1G gelijk voor iedereen. En de testverplichting is eerder door de wetgever als een proportionele maatregel gezien.

Tegelijkertijd is er wel degelijk een belangrijk verschil. De groep die nu onder 3G of onder 2G niet getest hoeft te worden, moet dat straks wel. Deze groep heeft door zich te laten vaccineren zichzelf goed beschermd tegen ernstige ziekte als gevolg van Corona en de risico's voor gevaccineerden onderling zijn kleiner. Mensen hebben dat mede gedaan om hierdoor met minder beperkingen te kunnen functioneren. Als dan de regels gelijk zijn voor de mensen die zich (bewust) niet hebben gevaccineerd, kan dat gevoeld worden als ontmoediging van vaccinatie. Nu kan beargumenteerd worden dat de epidemiologische situatie zodanig is veranderd dat gevaccineerd zijn als maatregel niet langer voldoende is. Echter, het OMT laat zien dat 2G effectiever is. Daardoor is er voor 90% van de betrokkenen een meer subsidiaire maatregel mogelijk.

Uit de paragraaf over gedrag is op te maken dat de meeste mensen 1G niet direct als beter of veiliger ervaren, noch als een betere variant op 2G.

#### *Gevolgen voor niet gevaccineerden en niet herstelden*

Voor deze groep is de last bij 1G gelijk aan die van 3G. Voor een deel van hen zal gelden dat 1G als eerlijker aanvoelt dan 3G omdat dan iedereen getest moet worden. Of dat ook oplevert dat zij meer zullen deelnemen aan activiteiten die onder Ctb vallen, is niet bekend en maar de vraag. Immers, het testen is nog steeds een ervaren drempel.

Voor deze groep zijn de mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving bij 1G evident groter dan bij 2G. Als er geen noodzaak is voor 2G, is 1G en 3G een meer subsidiaire maatregel voor deze groep.

#### *Gevolgen voor ondernemers*

De gedane enquête laat zien dat het waarschijnlijk is dat bij 1G in alle sectoren, maar het meeste bij restaurants en overige horeca, veel mensen die sector minder zullen bezoeken. Hoeveel minder is op basis van de huidige kennis niet te zeggen. Desondanks is het reëel aan te nemen dat een 1G maatregel (financiële) gevolgen heeft voor ondernemers, organisatoren, verenigingen en clubs. Dit kan proportioneel zijn indien er geen andere maatregelen zijn die tot minder gevolgen zouden leiden. Nu is in de enquête niet meegenomen of mensen ook onder de Ctb-variant 2G weg zouden blijven. Zoals eerder opgemerkt heeft ongeveer 90% van de bevolking van 12+ van 2G minder last van en daarom lijkt het logisch te veronderstellen dat onder 2G er minder verlies aan bezoekers is. Nu 2G ook effectiever is, lijkt 1G voor ondernemers minder proportioneel.

#### *Concluderend*

Er van uitgaande dat de afweging voor de noodzaak van 1G vergelijkbaar is komt de proportionaliteitsafweging neer op effectiviteit en gevolgen. Op de effectiviteit is hierboven al in gegaan. De gevolgen voor niet gevaccineerden of niet herstelden zijn vergelijkbaar met 3G maar beduidend minder zwaar dan bij 2G, hierbij gaat het om circa 10% van de bevolking. De gevolgen voor gevaccineerden of herstelden zijn tussen 2G en 3G gelijk maar zwaarder bij 1G; het gaat hierbij om ca 90% van de bevolking. Voor ondernemers geldt dat 1G niet snel proportioneel lijkt omdat de kans groot is op grote vermindering van bezoekers bij 1G.

### **5. Algemene conclusie**

Kort samengevat zegt het OMT dat in voorkomende gevallen 2G effectiever is dan 3G gecombineerd met 1G en 1G effectiever is dan 3G. Op basis van het model van het OMT is 1G effectiever wanneer met PCR getest kan worden. Dat blijkt echter niet uitvoerbaar. De inzichten die thans bekend zijn over gedrag bij 1G laten zien dat 1G voor veel mensen aanleiding kan zijn om de sectoren waar deze zou gaan gelden minder te bezoeken. Er blijkt een groot verschil te zijn in hoe 1G versus 2G wordt gewogen door gevaccineerden en herstelden enerzijds en niet geïmmuniseerde mensen anderzijds. Dat is uiteraard niet verwonderlijk. Immers voor de groep gevaccineerden en herstelden – die circa 90% van de bevolking van 12 jaar en ouder omvat – zijn 2G en 3G gelijk in wat het voor hen zelf betekent. Voor de groep die niet over een vaccinatie of herstelbewijs beschikt – die circa 10% van de bevolking omvat – is 1G en 3G gelijk. De operationele implicaties voor zowel het scenario «1G voor alle Ctb sectoren» als het scenario «1G voor alleen hoog risico settings en 3G voor de rest», zijn ingrijpend, erg kostbaar en niet uitvoerbaar als alternatief voor de gehele breedte van sectoren en settings waar 2G van toepassing zou kunnen zijn. 1G lijkt hooguit mogelijk met een beperkt toepassingsbereik waarbij dan de exacte consequenties voor test aantallen en de daaruit volgende financiële gevolgen nader onderzocht moeten worden. De overwegingen ten aanzien van proportionaliteit en subsidiairiteit laten zien dat het gezichtspunt dat wordt aangenomen, bepalend is. Ten aanzien van de wenselijkheid van een eventuele inzet van 1G zal het debat gevoerd moeten worden.

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