

Vergaderjaar 2021–2022

35 971 **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)**

35 972 **Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met het schrappen van het instemmingsrecht van medezeggenschapsorganen van onderwijsinstellingen bij de inzet van coronatoegangsbewijzen in het beroepsonderwijs en het hoger onderwijs**

35 973 **Wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met differentiatie in coronatoegangsbewijzen (Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen)**

Nr. 11

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 januari 2022

Hierbij stuur ik u de rapportage van de TU Delft, UMC Utrecht, Populytics, Erasmus Universiteit Rotterdam en Erasmus MC naar de effectiviteit van het coronatoegangsbewijs¹. Dit rapport is in opdracht van mijn ministerie opgesteld. Het onderzoek is verricht in de periode van november 2021 tot januari 2022 en is gebaseerd op de epidemiologische situatie in deze periode. Er is gestart met de dominante deltavariant met een R-waarde van circa 1,0, waarna de omikronvariant – met een uitgangstreproductiegetal van 1,8 – haar intrede deed.

Het onderzoek bestaat uit vier sporen: modelanalyse, gedragseffecten, internationale vergelijking en advies voor actualisatie. De modelanalyse omvat twee verschillende wijzen van modellering naar de effectiviteit van de verschillende ctb-modaliteiten gekeken. Enerzijds wordt het individuele risico van een persoon op een ctb-plichtige locatie

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

of activiteit berekend. Anderzijds wordt het effect op de omvang van de epidemie – door middel van het reproductiegetal – bepaald op basis van de inzet van ctb bij een bepaald aantal contacten. Het rapport laat zien dat doordat de epidemiologische situatie tussen november en nu is gewijzigd, de relatieve effectiviteit van de verschillende modaliteiten is veranderd.

De onderzoekers komen tot de volgende vier conclusies, waarbij de impact op het huidige ctb-beleid is toegevoegd:

1. Gebruik maken van een ctb kan het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames verlagen, voor zowel de delta,- als de omikronvariant. Daarbij is 1G effectiever dan 2G en 3G. In de huidige epidemiologische situatie, is de risicoreductie op besmetting bij gebruik van ctb minder groot dan in de periode waarin de deltavariant dominant was. De relatieve veiligheid – de kans op besmetting ten opzichte van geen ctb-regime – voor een (kwetsbaar) individu die een locatie wil bezoeken of een ondernemer en zijn personeel op een ctb-locatie, is dus afgenomen. Er is dus sprake van risicoreductie, niet van 100% veiligheid.
2. Met de inzet van een ctb was het in november 2021 mogelijk om het reproductiegetal tot onder de 1 te laten dalen. Op basis van de modellering van de epidemiologische situatie in januari 2022 was dat niet mogelijk. Dit bevestigt dat de inzet van het ctb dan ook te allen tijde in relatie tot de epidemiologische situatie en het geldende maatregelenpakket moet worden gezien.
3. De effectiviteit van 1G beleid is vooral groot als 1G op veel locaties (en dus contacten) van toepassing is en de kwaliteit van de toegangstesten hoog is. De onderzoekers constateren dat een bredere toepassing van 1G moeilijker uitvoerbaar is. In de brief aan uw Kamer «Kamerbrief over Overwegingen 1G» is mijn ambtsvoorganger uitgebreider ingegaan op de inzet van 1G, onder meer in relatie tot de kosten, de proportionaliteit, uitvoerbaarheid en de subsidiariteit.
4. De effectiviteit van 2G- en 3G-beleid in relatie tot het reproductiegetal is in sterke mate afhankelijk van de mate van immuniteit onder de bevolking, waarbij 2G en 3G vooral effectief zijn bij een groot verschil in immuniteit tussen de groep die wel en geen toegang krijgt tot een setting cq locatie. Naarmate de mate van vaccinatie of herstel beter beschermt tegen het dominante virus, zal 2G effectiever zijn dan 3G. Dat uit zich in minder besmettingen en relatief veel minder ziekenhuisopnames.
5. Echter in de huidige epidemiologische situatie van januari 2022, is het verschil in invloed tussen 2G- en 3G-beleid op het reproductiegetal beperkt. Het verschil is sterk afhankelijk van verschillende contextfactoren.

De onderzoekers bevelen aan de modellen maandelijks te actualiseren en te verfijnen met nieuw vergaarde data en inzichten uit binnen- en buitenland. Ook is ingegaan op de uitkomsten van gedragsonderzoek dat heeft plaatsgevonden en een analyse van de aanpak en studies uit het buitenland over effectiviteit van ctb-beleid.

Ik stuur u het rapport, zonder appreciatie, zodat u de uitkomsten mee kunt nemen bij het opstellen van de nadere verslagen over de wetsvoorstellen Tijdelijke wet verbreding inzet ctb, de Tijdelijke wet differentiatie coronatoegangsbewijzen en de Wijziging van de Wet publieke gezondheid wegens het schrappen van het instemmingsrecht van medezeggenschapsorganen bij de inzet van coronatoegangsbewijzen in het beroeps- onderwijs en het hoger onderwijs (Kamerstukken 35 971, 35 972 en 35 973).

Bij de beantwoording van uw vragen neem ik uiteraard de opbrengst van dit rapport mee.

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