

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3597

Vragen van de leden **Hijink** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de gevolgen van beleidskeuzes bij de bestrijding van de coronapandemie in Nederland* (ingezonden 20 april 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 22 juli 2020).

Vraag 1

Hoeveel procent van de Nederlandse bevolking zal naar verwachting besmet raken met het coronavirus bij voortzetting van het huidige mitigatiebeleid, voordat er een vaccin beschikbaar is?

Antwoord 1

Uit het serologische onderzoek van het Sanquin blijkt dat ongeveer 5,5% van de Nederlandse populatie bloeddonoren tussen 18–79 jaar oud besmet is geweest met Covid-19. Uit het Pienter-Covid onderzoek, een steekproef uit de Nederlandse populatie, blijkt op basis van een eerste meting (1^e week april 2020) 3.6% besmet te zijn geweest op basis van rond 2100 geteste personen. Op basis van een recente meting (1^e week juni 2020) is dat percentage gestegen naar ongeveer 4.6%, waarbij het aantal metingen tevens landelijk werd uitgebreid naar een totaal van ongeveer 7300 personen. Dit percentage zal als er transmissie plaats blijft vinden en er geen vaccin beschikbaar is, blijven toenemen. Op dit moment kunnen we nog niet zeggen wanneer er een vaccin beschikbaar zal zijn, en tot dat het geval is zal de prevalentie langzaam oplopen.

Vraag 2

Met hoeveel zekerheid is op dit moment te stellen dat, aangezien nu wordt uitgegaan van een groepsimmunitet bij een doorgemaakte besmetting bij 50–60% van de bevolking, deze percentages gelden voor het coronavirus – mede in het licht van recente aanwijzingen dat mensen die een minder ernstig ziekteverloop hebben doorgemaakt ook minder antistoffen lijken aan te maken en er ondertussen ook nog onzekerheid is ontstaan of mensen die de ziekte al hebben doorgemaakt mogelijk weer herbesmet kunnen worden?

Antwoord 2

Het beleid is gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij dammen we nieuwe uitbraken door zicht en inzicht op verspreiding van het virus in. Het beleid is niet gericht op groepsimmunitet. Er is onderzoek in

welke mate men immuniteit opbouwt na het doormaken van Covid-19 en of de mate van immuniteit gerelateerd is aan de ernst van de klachten. De hoeveelheid antistoffen die men opbouwt kan (nog) niet gerelateerd worden aan de mate van immuniteit die men opbouwt. Veel is op dit punt nog onzeker.

Vraag 3

Van welk sterftepercentage bij besmetting gaat u uit als basis voor de huidige beleidskeuzes?

Antwoord 3

Er is geen sterftepercentage als uitgangspunt voor huidige beleidskeuzes. Voor de basis waarop huidige (en toekomstige) beleidskeuzes worden gemaakt, verwijst ik naar de verschillende brieven «COVID-19 Update stand van zaken.»

Vraag 4

Is volgens u de kern van de te maken keuze van het beleid rondom het coronavirus de vraag hoe we kunnen voorkomen dat onze gezondheidszorg overbelast raakt óf hoe we de meeste sterfgevallen kunnen voorkomen?

Antwoord 4

Het kabinet gaat uit van drie ankerpunten waarop het beleid is gebaseerd:

- een acceptabele belastbaarheid van de zorg; ziekenhuizen moeten goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren;
- het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
- het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus.

Vraag 5

Wat is uw reactie op de stelling dat het niet alleen gaat om de waarde van het reproductiegetal (R_0) onder de waarde van één te krijgen, maar vooral hoe je dat het snelst en het sterkst doet, en of je er wellicht niet zeer expliciet naar moet streven die R_0 waarde zo snel mogelijk en zo dicht mogelijk bij nul te brengen?

Antwoord 5

Wanneer het reproductiegetal (R_0) onder de 1 komt betekent dit dat een virus zich niet meer exponentieel verspreidt. We streven naar een reproductiegetal onder de 1,0 om zo het aantal besmettingen beheersbaar te houden.

Vraag 6 en 7

Wat zijn de te verwachten totale overlijdensaantallen in Nederland uitgaande van de volgende drie beleidsopties: a) geen interventies b) het huidige in Nederland gevoerde mitigatiebeleid. c) maximale lockdown, vergelijkbaar met die in Wuhan?¹

Waarop baseert de regering (of haar adviseurs) berekeningen over het aantal te verwachten overlijdens bij het nemen van verschillende maatregelen/verschillende beleidsopties? Gebruikt men hiervoor een bepaald model? Zo ja, kunt u meer details geven over dit model en kunnen de uitkomsten hiervan voor de verschillende beleidsopties zoals genoemd in de vorige vraag met de Kamer gedeeld worden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6 en 7

Berekeningen die worden gemaakt betreffen het aantal IC- en ziekenhuisopnames. Sterfte is een afgeleide van deze berekeningen. Het totale overlijdensaantal is een complex getal. In de technische briefing van 25 juni jl. noemde de heer Van Dissel dat zonder interventies er ruim 35.800 extra IC-opnames zouden zijn geweest. Omdat de IC deze aantallen niet aankan, is het redelijk te verwachten dat deze voorkomen opnames grotendeels overeenkomen met voorkomen sterfte door het huidige in Nederland gevoerde beleid. De huidige maatregelen hebben 90% van de IC-opnames voor Covid-19 voorkomen.

¹ Technische briefing Jaap van Dissel over Covid-19 in de Tweede Kamer, 16 april 2020.

Vraag 8

Leidt het huidige mitigatiebeleid, waarbij gekozen is voor «*flattening the curve*», niet automatisch ook tot een verbreding van die curve en daarmee tot een langere periode waarin er maatschappelijk en economisch schadelijke beperkingen zoals onder andere sluiting van scholen, bedrijfslocaties, horeca en amusementlocaties moeten blijven bestaan?

Antwoord 8

Het beleid van «*flattening the curve*» is erop gericht om a) aantal nieuwe infecties omlaag te brengen en b) de infecties die wel plaatsvinden niet allen tegelijk plaats te laten vinden. In zekere zin leidt dit beleid tot een langere periode waarin maatregelen zullen gelden. Echter, er vinden ook minder infecties plaats, zodat dat de maatschappij en economie minder ontregeld raken. Nu de maatregelen effect hebben, is overgegaan tot versoepeling van maatregelen die het grootste effect op de maatschappij heeft en het minst op aantal besmettingen.

Vraag 9

Hoeveel nieuwe besmettingen zijn sinds de laatste aanscherping van het beleid op 23 maart jl. met tests geconstateerd, die op grond van contactopsporing met zekerheid of door gemiddelde incubatietijd met grote waarschijnlijkheid zijn opgetreden na die aanscherping? Wat is de beste schatting van de werkelijke aantallen vergeleken met de met tests vastgestelde besmettingen, gezien de bekende onderrapportage?

Antwoord 9

Op dit moment wordt daar onderzoek naar gedaan, onder andere door de seroprevalentiestudies van Sanquin en de Pienter-Covid studie waar een steekproef uit de Nederlandse populatie wordt genomen. Deze studies geven inzicht in de prevalentie van Covid-19 in Nederland. Deze prevalentie kan vergeleken worden met het aantal besmettingen dat op basis van het testen van mensen met klachten wordt gevonden. De aantallen positief geteste mensen worden elke dag op de site van het RIVM gepresenteerd.

Vraag 10

Hoe ziet de trendlijn van het aantal nieuwe besmettingen per dag er tot op heden uit, sinds de minimale incubatietijd na de datum van de laatste beleidsaanscherping waarbij ook de later binnenkomende meldingen verwerkt zijn?

Antwoord 10

Op de website van het RIVM is wekelijks een update te vinden van het aantal nieuwe bevestigde gevallen. Per 21 juli zijn er 52.073 bevestigde gevallen gerapporteerd, 11.902 zijn er opgenomen (geweest) in het ziekenhuis en 6136 personen zijn overleden.

Vraag 11 en 12

Leidt een zogenaamde «harde lockdown» tot een besmettingsniveau dat zo laag is dat je daarmee dan ook sneller in een veel gunstigere uitgangsspositie verkeert voor vervolgbeleid vanaf dat moment, met onder andere minder langdurig noodzakelijke maatschappelijk en economisch schadelijke beperkingen zoals genoemd in de achtste vraag?

Leidt het huidige beleid in vergelijking met een «harde lockdown» tot meer ziektegevallen, waarna deze mensen na genezing nog langdurig door blijvende gezondheidsschade een groter beroep op de gezondheidszorg zullen doen met bijbehorende stijgende kosten en natuurlijk ook een verminderde kwaliteit, en wellicht kwantiteit, van leven?

Antwoord 11 en 12

In modelleringsstudies is de effectiviteit van een harde lockdown vergelijkbaar met die van een intelligente lockdown.

Vraag 13

Bent u ermee bekend dat de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) op 12 maart als advies voor het beleid aangaande de bestrijding van de coronapandemie «beleid dat toegesneden is op de lokale

omstandigheden» maar wel met «containment als belangrijkste centrale uitgangspunt» heeft gesteld?²

Antwoord 13

De WHO heeft benadrukt dat het in deze crisis zeer belangrijk is dat er politiek commitment is om deze dreiging te controleren. Mijn beleid is toegesneden op de Nederlandse omstandigheden. Wij volgen hierbij de adviezen en uitgangspunten van de WHO.

Vraag 14

Wilt u deze vragen alle afzonderlijk beantwoorden?

Antwoord 14

Met uitzondering van vraag 6 en 7 en vraag 11 en 12 zijn de vragen afzonderlijk beantwoord.

² WHO, 12 maart 2020, «WHO Director-General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19 – 12 March 2020» (<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---12-march-2020>).