

LIJST VAN VRAGEN

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Kamerbrief «Aanbieding OMT-advies en kabinetsreactie» (Kamerstuk 25 295, nr. 1555).

De fungerend voorzitter van de commissie,
Kuiken

De adjunct-griffier van de commissie,
Meijer

- | Nr | Vraag |
|-----------|---|
| 1 | Welke oorzaken ziet u voor de inmiddels al een hele tijd aanhoudende oversterfte? Geldt dit voor alle leeftijdsgroepen? Hoe verklaart u de groei? |
| 2 | Hoe kijkt het Outbreak Management Team (OMT) terug op de eerste 129 adviezen en de doeltreffendheid ervan? |
| 3 | Met welke andere klachten liggen de mensen op de Intensive Care (IC) die ook COVID hebben? |
| 4 | Hoe wordt de vaccinatie effectiviteit berekend? |
| 5 | Waarom worden Apple Mobility Trends Reports en Google Community Mobility Reports gebruikt om te bepalen of mensen zich aan basismaatregelen te houden? Wat zijn de argumenten hiervoor en welke harde conclusies denkt het OMT daar uit te trekken? |
| 6 | Hoeveel ongevaccineerden zijn vorige week overleden aan COVID? |
| 7 | Liggen er mensen op de IC met alleen COVID (dus geen onderliggend lijden) en hoeveel zijn dat er? |
| 8 | Wordt er nog een onderscheid gemaakt tussen mensen die door COVID op de IC en in het ziekenhuis komen en mensen die met COVID daar komen? |
| 9 | Welke inschatting kan het OMT nu maken over natuurlijke immuniteit, dus door doorgemaakte infectie, niet door vaccinatie? |
| 10 | Hoeveel gerapporteerde besmettingen zijn er van schoolkinderen op hun grootouders, uitgedrukt in absolute aantallen of in percentage? |
| 11 | Op welke manier worden basismaatregelen gecommuniceerd? |
| 12 | Welke maatregelen wil u treffen om besmettingen thuis te beperken? |
| 13 | Welke redenen ziet u voor de stijging van 46% van het aantal positief geteste personen de afgelopen zeven dagen? |
| 14 | Bent u ermee bekend dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) inmiddels melding maakt van besmettingsfeesten waar mensen elkaar bewust besmetten met corona omdat ze zo nog snel via een herstelbewijs een coronatoegangsbewijs willen bemachtigen alvorens 2G ingevoerd wordt? |
| 15 | Hoeveel meldingen kreeg de IGJ van besmettingsfeesten? Ging de IGJ ook op zoek naar meldingen, bijvoorbeeld via social media? Hoe vaak kwam de IGJ in actie na dit soort meldingen? |
| 16 | Kan de ontwikkeling van besmettingsfeesten een opstuwend effect hebben voor het aantal positief geteste personen? Zo ja, hoe groot is dat opstuwende effect? |
| 17 | Bent u bekend met de grote groep personen in onze samenleving die een dusdanig grote aversie tegen mRNA-vaccins hebben, dat zij liever natuurlijk besmet raken in plaats van dat zij zich laten vaccineren en daarom nu proberen besmet te geraken en zo nog snel een coronatoegangsbewijs middels een herstelbewijs proberen te bemachtigen alvorens 2G wordt ingevoerd? |
| 18 | Is er onderzoek gedaan naar hoeveel mensen onder de ongevaccineerden liever besmet raken dan dat ze zich laten vaccineren? Zo nee, zou dat onderzoek gedaan kunnen worden? |
| 19 | Kan deze beweging van «liever besmet dan geprikt» tot een opstuwung van het aantal positief geteste personen leiden? Zo ja, hoe groot is dat opstuwende effect? |
| 20 | Leidt dit opstuwende effect tot meer ziekenhuisopnames met COVID-19? Zo nee, waarom niet? |
| 21 | Kan de reden voor deze enorme stijging van het aantal positief geteste personen gevonden worden in het onterecht veilig wanen van dubbel gevaccineerde personen? |

- Nr** **Vraag**
- 22 Acht u het verstandig te blijven herhalen dat dubbel gevaccineerden een 75% kleinere kans op besmetting hebben? Klopt dit cijfer wel? Het klopt toch dat dit cijfer een momentopname is en dat het percentage steeds kleiner zal worden?
Is de onderliggende som voor deze 75% wel actueel? Zo ja, wat is het percentage gebaseerd op afgelopen week?
- 23 Wat is uw reactie op het uitje van oud-Kamerleden waarvan alle 50 deelnemers dubbel waren gevaccineerd en allen een groen vinkje konden tonen en er dus geen afstand werd gehouden en geen mondkapjes werden gedragen in de bus en nu al de helft besmet blijkt te zijn? Het betreft hier toch ten hoogste een 50% kleinere kans?
- 24 Hoe gaat het met de positief geteste oud-Kamerleden? Heeft u contact met hen gezocht en uw spijt betuigt omdat zij zich door u onterecht veilig waanden?
- 25 Wat is uw verklaring voor toename van het aantal opnames met COVID-19 in het ziekenhuis en op de IC?
- 26 Wat is uw verklaring voor het feit dat de hoogste aantallen opgenomen COVID-19 patiënten in het ziekenhuis personen boven de tachtig jaar zijn?
- 27 Klopt het dat er nu meer tachtigplussers met COVID-19 in het ziekenhuis liggen dan vóór de start van de vaccinatiecampagne? Zo ja, hoe verklaart u dit?
- 28 Wat is de vaccinatiegraad van mensen boven de tachtig jaar?
- 29 Wat is de procentuele verhouding niet-gevaccineerde, eenmaal gevaccineerde en tweemaal gevaccineerde tachtigers op de verpleegafdelingen van ziekenhuizen?
- 30 Zijn de vaccinaties voor mensen boven de tachtig meer uitgewerkt dan u heeft voorgespiegeld?
- 31 Kunt u het grote verschil in de onderrapportage in de oversterfte tussen 2020 en 2021 verklaren? Hoeveel groter is die onderrapportage procentueel geworden?
- 32 Hoe kan het dat zowel u, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), als de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) stelt dat de komende week het aantal opnames op de IC 50 tot 60 per dag zal zijn en dat de voorzitter van de NVIC op basis daarvan binnen tien dagen een code zwart op de IC's verwacht en dat u dat tegenspreekt?
- 33 Hoe ziet uw som dat er geen code zwart aankomt eruit?
- 34 Hoe kan het dat u in antwoord op de vragen naar aanleiding van de begroting VWS 2022 (vraag 629) stelde dat er voor 1.700 operationele IC-bedden geen extra IC-verpleegkundigen nodig zijn en dat u dit antwoord herhaalde in de schriftelijke antwoorden naar aanleiding van de eerste termijn van de Kamer tijdens de begrotingsbehandeling VWS 2022, omdat u stelt dat de IC-verpleegkundigen altijd nog drie coronapatiënten kunnen verplegen en verzorgen in plaats van twee, terwijl de voorzitter van de NVIC stelt dat er nu al op veel plaatsen één op drie wordt gewerkt en mede daarom maximaal 1200–1250 operationele IC-bedden mogelijk zijn?
- 35 Waarom worden mobiliteitsgegevens nog altijd gebruikt als proxy voor een daling van het aantal contacten?
- 36 Bent u ermee bekend dat de Apple en Google mobility data uit de briefing van de voorzitter van het OMT van 22 april 2021 laten zien dat de Nederlandse bevolking (en de inwoners van andere Europese landen overigens ook) steeds getraindere lockdowners werden en steeds meer eromheen gingen leven?

Nr	Vraag
37	De Apple en Google mobility data laten toch zien dat de mobiliteit op alle fronten bij elke coronagolf steeds minder daalde?
38	Is er inmiddels meer duidelijkheid over de suggestie in het OMT-advies dat er meer mensen naar Testen voor Toegang gaan vanwege drukte bij de GGD?
39	Hoeveel mensen liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis die onder de 30 jaar zijn? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?
40	Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 30 jaar?
41	Hoeveel jongeren van onder de 18 jaar liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?
42	Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 18 jaar?
43	Hoeveel jongeren in de leeftijd 18 tot 25 jaar liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?
44	Welk percentage van het totaal aantal mensen dat op dit moment met corona in het ziekenhuis ligt is tussen de 18 en 25 jaar?
45	Hoeveel kinderen onder de 12 liggen er op dit moment met corona in het ziekenhuis? Hoeveel van hen hebben onderliggend lijden?
46	Welk percentage van het totaal aantal mensen dat met corona in het ziekenhuis ligt is onder de 12 jaar?
47	Welk deel van de kinderen onder de 12 jaar heeft via de natuurlijke weg antistoffen tegen corona ontwikkeld?
48	Waar baseert u dit antwoord op als kinderen niet deelnamen aan het onderzoek van Sanquin?
49	Is er onderzoek gedaan naar het aantal antistoffen onder kinderen onder de 12 jaar?
50	Het klopt toch dat het percentage kinderen met natuurlijke antistoffen in het bloed tegen corona hoog moet zijn omdat de incidentie onder kinderen onder de 12 jaar sinds het uitbreken van de pandemie altijd hoog tot zeer hoog is geweest?
51	Op welke plek in de ranglijst van de vaccinatracker van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) staat Nederland op dit moment? Is dat nog steeds de zestiende plek?
52	Kijkt u nog steeds driemaaldaags naar die ranglijst zoals u tijdens het coronadebat van 14 juli zei? Zo ja, waarom?
53	Stuurt u daarom aan op vaccinatie van kinderen onder de 12 jaar, aangezien dat de enige mogelijkheid zou zijn om nog een paar plaatsen te stijgen op die ranglijst?
54	Als het OMT benadrukt dat voor het beperken van het aantal besmettingen, het opvolging geven aan de basisregels en de collectieve maatregelen essentieel is, de infectiedruk zo hoog is en een code zwart in onze ziekenhuizen dreigt, waarom stuurt u dan nu de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs met werk, mbo en hoger onderwijs en 2G naar de Kamer?
55	Welke voorstellen doet u om de nauwe contacten met het hoogste risico op virusoverdracht te verminderen?
56	Waarom is de motie over het gebruik van het begrip «ademcirkel» (Kamerstuk 25295–1524), die u zelf introduceerde en redelijk briljant is, door de premier ontraden?

- Nr** **Vraag**
- 57 Door uit elkaars ademcirkel te blijven vermindert het risico op overdracht toch spectaculair omdat het virus dan simpelweg niet kan overspringen? Hoeveel besmettingen zouden we minder hebben als iedereen een paar weken uit elkaars ademcirkel zou blijven?
- 58 De wetenschappers van het OMT stellen toch dat een coronatoegangsbewijs (CTB)-modaliteit een middel is om risico's te beperken bij opening van sectoren en geen maatregel is om virusverspreiding te voorkomen? Waarom gaat u dan in het licht van de zeer hoge infectiedruk en mogelijke code zwart toch door met het de uitbreiding van het coronatoegangsbewijs en 2G?
- 59 Onderschrijft u de constatering van het OMT dat de CTB-modaliteit niet effectief is voor het voorkomen van virusverspreiding?
- 60 Hoe ziet u de inzet van het CTB voor u met inachtneming van de door het OMT gemaakte constatering dat deze virusverspreiding niet voorkomt?
- 61 Is het inmiddels mogelijk het groene vinkje tijdelijk te laten vervallen als iemand die een coronatoegangsbewijs heeft positief is getest? Zo nee, waarom niet?
- 62 Als een test onderdeel wordt van een coronatoegangsbewijs (1G) en die test moet elke keer maximaal 24 uur van tevoren zijn afgenomen, hoeveel tests gaan er dan middels Testen voor Toegang per week afgenomen worden?
- 63 Welk percentage tests afgenomen bij Testen voor Toegang is positief?
- 64 Klopt het dat voor de modellering van de verschillende CTB-modaliteiten gerekend is met een twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een volledig gevaccineerde?
- 65 Klopt het dat er voor de modellering per ongeluk gerekend is met een factor nog vier keer kleiner dan twintig keer kleiner?
- 66 Het klopt toch dat als deze fout wordt hersteld en er wordt gerekend met een twintig keer kleinere kans in plaats van een vier keer kleinere dan twintig keer, dat het aantal ziekenhuisopnames voor het 2G-model met een factor vier toeneemt?
- 67 De twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname voor een volledig gevaccineerde is toch niet meer actueel?
- 68 Het klopt toch dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bij de laatste rapportage kwam met een twaalf en een half keer lagere kans dan twintig keer lager?
- 69 Het klopt toch dat u de twaalf en een half keer kleinere kans inmiddels zelf al communiceert?
- 70 U schrijft toch bovenaan pagina 37 van de Beantwoording Commissiebrief EK inzake Verzamelbrief met vragen over Covid-19 maatregelen, van 19 november jl.: «Het RIVM geeft daarbij aan dat de vaccineffectiviteit (VE) in de periode 11 juli t/m 14 november 94% was tegen ziekenhuisopname en 97% tegen IC-opname. De vaccineffectiviteit gemeten over de afgelopen acht weken was iets lager; 92% tegen ziekenhuisopname en 96% tegen IC-opname. Dit betekent dat een ongevaccineerd nog steeds 12,5 keer meer kans heeft op een ziekenhuisopname»?
- 71 Waarom wordt er dan gerekend met een twintig keer kleinere kans voor de CTB-modaliteiten?
- 72 Als dit klopt, dan zult u toch nieuwe doorrekeningen van de CTB-modaliteiten moeten verlangen? Zo nee, waarom niet?
- 73 Klopt het dat de overige cijfers die voor de modellering van de CTB-modaliteit zijn gebruikt uit de zomer stammen?

Nr	Vraag
74	Wat is uw reactie op het artikel «De Fata Morgana van het 2G rendement», dat op 24 november jl. werd gepubliceerd op de website van statisticus De Hond?
75	Kunt u een actuele opsplitsing geven naar leeftijdsgroepen als het gaat om de verminderde kans op ziekenhuisopname?
76	Hoeveel kleiner is op dit moment de kans dat iemand tussen de 20 en 40 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?
77	Hoeveel kleiner is op dit moment de kans dat iemand tussen de 40 en 65 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?
78	Hoeveel kleiner is (op dit moment!) de kans dat iemand tussen de 65 en 80 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?
79	Hoeveel kleiner is (op dit moment!) de kans dat iemand boven de 80 jaar die volledig gevaccineerd is, met corona wordt opgenomen in het ziekenhuis dan iemand uit dezelfde leeftijdscategorie die niet gevaccineerd is?
80	Wanneer en op basis van welke gegevens is die vaak gebruikte twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een volledig gevaccineerde berekend?
81	Vindt u het nou ook niet gek dat onze zuiderburen in België (geen ver en exotisch land) rekenen met een nog geen drie keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een volledig gevaccineerde 65-plusser? Zo nee, waarom niet?
82	Hoe verklaart u dit zeer grote verschil tussen drie keer kleinere kans en twintig keer kleinere kans? Of het verschil tussen een twaalf keer kleinere kans en drie keer kleinere kans?
83	Als voor de CTB-modaliteit van 2G wordt gerekend met een twaalf keer kleinere kans, in plaats van een vier keer kleinere kans dan twintig keer kleinere kans, dan kom je toch nooit uit op een reductie van «het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van besmettingen op de locatie met ongeveer 82%»? Is er dan nog wel sprake van een reductie? Zo ja, waarom?
84	Kunt u deze som alstublieft laten narekenen door andere onderzoekers en die reductie van 82% bij 2G alstublieft niet een eigen leven gaan laten leiden alvorens deze narekening gedaan is? Zo nee, waarom niet?
85	Als voor de CTB-modaliteit van 3G+1G wordt gerekend met een twaalf keer kleinere kans, in plaats van een vier keer kleinere kans dan twintig keer kleinere kans, dan kom je toch nooit uit op een reductie van het aantal ziekenhuisopnames met 35%? Is er dan nog wel sprake van een reductie? Zo nee, waarom niet?
86	Kunt u deze som alstublieft laten narekenen door andere onderzoekers en die reductie van 35% bij 3G+1G alstublieft niet een eigen leven gaan laten leiden alvorens deze narekening gedaan is? Zo nee, waarom niet?
87	Bent u bereid, gezien bovenstaande, ook de stelling dat het «afschaffen van het 3G-systeem leidt tot een toename van 59%» te laten narekenen, waarbij gebruik wordt gemaakt van geactualiseerde onderliggende cijfers? Zo nee, waarom niet?

- Nr** **Vraag**
- 88 Bent u bereid, gezien bovenstaande, ook de stelling dat een «2G+1G-systeem waarbij ook een test vereist is voor gevaccineerden en recent herstelden, leidt tot een reductie van ongeveer 97% in infecties en ongeveer 93% in ziekenhuisopnames», te laten narekenen en dat er dan gebruik wordt gemaakt van geactualiseerde onderliggende cijfers zoals een hooguit twaalf keer kleinere kans op ziekenhuisopname van volledig gevaccineerden, te laten aanrekenen? Zo nee, waarom niet?
- 89 Gaat die 79% reductie in infecties bij 2G+1G over alle infecties of om slechts die infecties die opgedaan worden in de huidige locaties waar een coronatoegangsbewijs geldt?
- 90 De meeste besmettingen met corona vinden toch plaats binnen het huishouden en in thuissettings zoals bezoek?
- 91 Welke opvolging geeft u aan de door het OMT gemaakte constatering dat een 2G+1G-systeem met gelijkwaardige testis voor iedereen het meest effectief is in zowel het voorkomen van besmettingen als het voorkomen van ziekenhuisopnames?
- 92 Als het bredere epidemiologische effect van de CTB-modaliteiten op de transmissie in de gehele bevolking gerelateerd is aan het aandeel van de infecties dat buiten deze locaties plaatsvindt, welk percentage van de transmissies vindt dan plaats binnen deze locaties? En welk percentage erbuiten?
- 93 Als voor het bredere epidemiologische effect van de CTB-modaliteiten op de transmissie in de gehele bevolking, er tevens aan gerelateerd is of de mensen die niet worden toegelaten alsnog elders samenkomen, welk deel van de mensen die niet wordt toegelaten komt dan alsnog elders samen?
- 94 Realiseert u zich dat de mensen die alsnog elders samenkomen dat vaak zullen doen in bijvoorbeeld thuissettings waar de infectiedruk al zo hoog is?
- 95 Welk deel van de samenkomsten van mensen die niet worden toegelaten verplaatst zich naar thuissettings? Als u dit niet weet, hoe kunt u dan concluderen dat de CTB-modaliteiten zinvol zijn in het verminderen van transmissie van het virus? Kunt u hierbij meewegen dat u in de horeca nog regels kunt verlangen zoals placering, afstand, hygiëne en kunt verlangen daarop toe te zien en dat u dat in thuissetting niet kunt?
- 96 Als de conclusie van het OMT is dat, ik citeer: «Kortom, het realiseren van een maximale risicobeperking door gebruik van de CTB-modaliteiten, anders dan de huidige 3G, is complex en vraagt eigenlijk om een individuele beoordeling per setting met haar eigen bezoekersmix van gevaccineerden, personen met doorgemaakte infectie, en niet-gevaccineerden, waarbij ook de leeftijd van de deelnemers en het bij de activiteit aantal aanwezigen (voorafkans op aanwezigheid virus bij bepaalde incidentie) doorslaggevend is voor de beoordeling welke CTB-modaliteit zinvol en proportioneel is», bent u dan bereid in het kader van een zorgvuldig wetgevingsproces in nieuwe berekeningen van CTB-modaliteiten, waarin niet alleen gerekend wordt met een twaalf keer kleinere kans, maar waarin ook een onderverdeling wordt gemaakt in bezoekersmix, leeftijdsgroepen en aantal aanwezigen? Zo nee, waarom niet?
- 97 Wanneer zal de inpassing van zelftesten in het testbeleid in Nederland verwerkt worden in een testtabel?
- 98 Wanneer zal het gebruik van zelftesten en de mogelijke effecten hiervan worden geëvalueerd?

- Nr** **Vraag**
- 99 U begrijpt toch wel dat u niet kunt stellen dat: «Er wordt gesteld dat een 2G-CTB effectiever is in het terugdringen van het aantal infecties en ziekenhuisopnames dan de inzet van 3G-CTB, al dan niet gecombineerd met 1G (iedereen testen)», als de modellering van de CTB-modaliteiten is gebaseerd op een twintig keer kleinere kans in plaats van op een twaalf keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een dubbel gevaccineerd persoon?
- 100 Per wanneer kunt u de nieuwe modellering van de CTB-modaliteiten gereed hebben waarmee er niet meer wordt gerekend met een twintig keer kleinere kans op ziekenhuisopname van een dubbel gevaccineerd persoon, laat staan een vier keer kleinere dan twintig keer kleinere kans?
- 101 Vanaf welke Cycle Treshold-waarde (Ct-waarde) is er sprake van besmettelijkheid (viral load) bij Polymerase Chain Reaction-testen (PCR-testen)? Bent u van mening dat bij beoordeling van de sensitiviteit van antigeentesten een correctie moet plaatsvinden op basis van besmettelijkheid?
- 102 Is bij de modellering van de 1G-maatregel het positieve neveneffect meegenomen dat hierdoor het virus meer wordt opgespoord bij besmettelijke mensen? Kunt u zich voorstellen dat dit ook een positief neveneffect heeft op het reproductiegetal?
- 103 Is in de modellering van de 2G-maatregel het negatieve neveneffect meegenomen dat mensen alsnog besmet kunnen raken en dit niet op de locatie, maar na afloop kunnen overbrengen op kwetsbare mensen? In hoeverre valt derhalve überhaupt iets te zeggen over reductie of toename van ziekenhuisopnames?
- 104 Welk deel van het ziekteverzuim onder IC-verpleegkundigen komt doordat zij in quarantaine moeten omdat huisgenoten waaronder kinderen besmet zijn met het coronavirus?
- 105 Als het OMT stelt dat de infectiedruk voldoende omlaag kan door het naleven van de basismaatregelen, waarom verlangt u dan dat niet van scholen alvorens u schoolsluitingen overweegt?
- 106 Waarom geen mondkapjesplicht op scholen in plaats van een schoolsluiting nu uit breed onderzoek naar honderden mondkapjesonderzoeken blijkt dat mondkapjes het aantal besmettingen kan halveren?
- 107 Als het reproductiegetal (R-getal) nu 1,26 is, naar welk getal daalt het R-getal dan als het aantal besmettingen halveert?
- 108 Als ongeveer een derde van de scholen niet voldoet aan de ventilatierichtlijnen voor scholen uit het Bouwbesluit, waarom verlangt u dan niet dat die scholen daar per omgaande wel aan voldoen?
- 109 Waarom verlangt u niet van de scholen die niet voldoen aan de ventilatierichtlijnen voor scholen uit het Bouwbesluit dat zij per omgaande overgaan tot permanente ventilatie van die klaslokalen door het op een kier zetten van de ramen in het klaslokaal?
- 110 Klopt het dat in middelbare scholen nog steeds de leerlingen tussen de lessen van klaslokaal wisselen en niet de docenten?
- 111 Waarom verlangt u niet voordat u overgaat tot schoolsluitingen dat de leerlingen op middelbare scholen vaste lokalen krijgen en alleen de docenten tussen de lessen van lokaal wisselen?
- 112 Hoe kijkt u naar het advies om alleen volwassenen aan de anderhalvemeter-regel te laten houden en het feit dat mondkapjes niet worden genoemd in het advies? Hoe kijkt u naar de rol die kinderen spelen bij de verspreiding van het virus?
- 113 Waarom verrijkt u uw communicatie niet met het door u geïntroduceerde begrip «ademcirkel»?

Nr	Vraag
114	Hoe ziet u de rol van mondkapjes in de adviezen en daaraan gekoppelde communicatie, aangezien we zien dat het gebruik van mondkapjes niet altijd tussen de basismaatregelen wordt genoemd?
115	Welke typen zelftests zijn bij u bekend als kansrijke en effectieve tests?
116	Bent u bekend met MolGen MegaPrep? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u om deze in te zetten voor het breder gebruik van zelftests, ook gegeven het feit dat deze zelftests de testcapaciteit flink kunnen verhogen?
117	Kunt u de volledige berekening van het model rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs (3G, 2G, 3G+1G, 2G+1G) met de Kamer delen?
118	Welk aandeel van de testen bij de GGD zijn confirmatietesten naar aanleiding van testen voor het CTB?
119	Wat draagt het aandeel van testen voor het CTB bij aan het onderdrukken van het virus, als gevolg van detectie?
120	Waarom is de positieve externaliteit, namelijk het detecteren van het virus als gevolg van testen voor het CTB, niet meegenomen in het onderzoek naar de diverse CTB-modaliteiten?
121	Wat neemt het OMT aan dat het gedragseffect is van de 2G-modaliteit voor mensen die buiten de 2G-evenementen elkaar ontmoeten?
122	Wat zijn de onzekerheidsmarges van de modellen rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs? Kunt u de onzekerheidsmarge per «G»-maatregel delen?
123	Heeft het RIVM/OMT óóit eerder gemodelleerd met een antigeentestsensitiviteit van 59%? Zo ja, in welke modellen is nog meer van deze aanname uitgegaan? Zo nee, waarom nu ineens wel?
124	Hoe kán het dat in de modelberekening van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs uit is gegaan van een antigeentestsensitiviteit van 59% bij presymptomatische en asymptomatische mensen terwijl het onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) (Schuit et al.) juist concludeert dat de testsensitiviteit oploopt tot 85%: «The sensitivities of both rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts tested on day 5 onwards after close contact with an index case were more than 60%, increasing to more than 85% after a viral load cut-off was applied as a proxy for infectiousness»?
125	Waarom is in de modellering rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs louter gekozen voor de antigeentestsensitiviteit bij presymptomatische en asymptomatische mensen in plaats van testsensitiviteit bij (lichte) klachten? Gaan de modelleers er daadwerkelijk vanuit dat louter presymptomatische en asymptomatische mensen, zonder enkele vorm van keelpijn of verkoudheid, gebruik maken van Testen voor Toegang?
126	Beaamt u dat er een verschil in doelstelling is tussen mensen testen per antigeen versus PCR? Kunt u vervolgens uitleggen hoe dit verschil is verwerkt in de modellering rondom de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs?

Nr	Vraag
127	Waarom hebben de modelleers nagelaten om de sensitiviteit van de antigeensneltest te corrigeren op besmettelijkheid conform de onderzoeksresultaten van Schuit et al. (UMC Utrecht)? Is hier sprake van een fout of een doelredenering? In het geval van het eerste, bent u bereid om deze modelleringfout zo spoedig mogelijk recht te zetten conform het referentie onderzoek en de nieuwe modelberekening rondom de coronatoegangsbewijzen de Kamer te laten doen toekomen? In het geval van een doelredenering, kunt u exact dezelfde modellering opnieuw uitvoeren maar dan aan de hand van de juiste aanname wetende 60 tot 85% testsensitiviteit bij antigeentesten onder asymptomatische en presymptomatische mensen? Kunt u deze vragen per vraag beantwoorden en niet clusteren?
128	Is in de modellering van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs het mogelijke gedragseffect van schijnveiligheid meegenomen bij 2G?
129	Klopt het dat het 3G-CTB gunstigere invloed heeft op het reproductiegetal dan het 2G-CTB en dat het reproductiegetal op de langere termijn een veel groter effect heeft op ziekenhuisopnames heeft dan de directe effecten van een CTB-modaliteit?
130	Hoeveel zeggingskracht hebben de gevonden resultaten rond de diverse CTB-modaliteiten, gegeven de vele onzekerheden die de rekenmodellen omgeven?
131	Zijn alle aannames voor de modellering van de verschillende toepassingen van het coronatoegangsbewijs gedeeld in dit document?
132	Wordt er een intercollegiale toets gedaan op de modellen van de TU Delft en de berekening van het RIVM, door een andere Nederlandse studiegroep of buitenlandse universiteit? Zo nee, waarom niet?
133	Met welke aanname is gerekend voor de verhouding van gevaccineerden/ongevaccineerden bij de bezoekers, in het geval van de 3G-modaliteiten?
134	Kunt u niet alleen van Duitsland, Frankrijk en Oostenrijk, maar van alle Europese landen aangeven of zij wel of niet met 2G werken?
135	Klopt het dat het model van de Technische Universiteit Delft (TU Delft) de vaccineffectiviteit ten behoeve van ziekenhuisopnames een dubbeltelling kent, namelijk doordat zowel de kans van gevaccineerden om besmet te worden ten opzichte van ongevaccineerden is meegenomen, als de kans van een besmette gevaccineerde om in het ziekenhuis te komen ten opzichte van een besmette ongevaccineerde?
136	Kunt u bevestigen dat het onderzoek «Schuit E, Veldhuijzen I K, Venekamp R P, van den Bijlaardt W, Pas S D, Lodder E B et al. Diagnostic accuracy of rapid antigen tests in asymptomatic and presymptomatic close contacts of individuals with confirmed SARS-CoV-2 infection: cross sectional study» de bron is voor de aanname dat «de testsensitiviteit van de gebruikte antigeentest: 59%» is?
137	Waarom wordt gerekend met een vaccineffectiviteit tegen transmissie van 50% terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie uitgaat van een transmissiereductie van 40%? Wordt hiermee de 2G-maatregel niet gunstig beoordeeld?
138	Waarom is gerekend met een testsensitiviteit van een antigeentest van 59%, terwijl de testsensitiviteit bij besmettelijke mensen zonder klachten tot 85% loopt?

Nr 139 **Vraag**
Het rapport geeft aan dat de uitkomsten van 1G+3G in zéér grote mate verschillen van het risico-taxatiemodel van de TU Delft omdat er met een andere aanname (testsensitiviteit) is gewerkt, wat is aan deze keuze vooraf gegaan?