

Vergaderjaar 2020–2021

**25 295**

## **Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 1297**

Ontvangen ter Griffie op 18 juni 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 26 juni 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 25 juni 2021 te kennen geeft niet in te stemmen met de regeling.

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 juni 2021

Het gaat aanhoudend de goede kant op met het terugdringen van het coronavirus in Nederland. De vaccinatieoperatie verloopt voorspoedig en morgen zal het mogelijk zijn voor mensen uit 2003 om een afspraak in te plannen. Hiermee komen we toe aan het laatste geboortjaar uit de vaccinatiestrategie. Op basis van de huidige epidemiologische situatie en de snel toenemende vaccinatiegraad, verwacht het OMT (116e en 117e advies) bij het nemen van stap 4 in juni en juli geen toename van het aantal infecties of ziekenhuisopnames. Dit heeft het kabinet doen besluiten dat de volgende stap gezet kan worden uit het openingsplan én de stap uit te breiden. Stap 4 zal ingaan op 26 juni. Met het zetten van stap 4 gaat de samenleving verder open op 1,5 meter. Deze stap geeft ons meer ruimte in het dagelijks leven.

Wel geeft het OMT aan dat er een aantal factoren is om rekening mee te houden. Te weten: de grootte van het seizoenseffect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich tenminste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiode, het besluit al dan niet kinderen van 12–17 jaar te vaccineren, en de hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad. Door deze factoren zijn er zorgen over een stijging van het aantal infecties en ziekenhuisopnames in de tweede helft van de zomer en het najaar. Er blijven op advies van het OMT maatregelen gelden om controle en zicht te blijven houden op het virus. Het kabinet blijft oplettend. Met de huidige versoepelingen zetten we al een enorm grote stap, maar de basismaatregelen blijven staan.

Nu we deze stap uit het openingsplan gaan zetten, is het tijd om verder vooruit te kijken. Daarom bevat deze brief naast de gebruikelijke informatie over de stand van zaken op de verscheidene terreinen, ook een passage over wat ons te doen staat in de nu aangebroken overgangsfase, op weg naar de endemische fase.

Met deze brief informeer ik uw Kamer mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport, de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en de Minister van Infrastructuur en Waterstaat.

### *Aanbiedingen regelingen*

Hierbij bied ik u mede namens de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ter uitvoering van artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid, de navolgende regeling aan:

- Regeling van 18 juni 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in verband met het doorvoeren van stap 4 uit het openingsplan en van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 Saba in verband met enkele redactionele wijzigingen<sup>1</sup>.

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahanprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege. In verband met de beoogde inwerkingtredingsdatum van 26 juni 2021 is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden.

### *Toepassing artikel 58s Wpg*

Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Zoals hierna bij het epidemiologisch beeld en het OMT-advies is uiteengezet, is de situatie op dit moment dusdanig dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen is in deze brief weergegeven.

### *Leeswijzer*

- Onder «Zicht op en inzicht in het virus» ga ik in op: het OMT-advies; sociaalmaatschappelijke en economische reflectie; het openingsplan; de maatregelen, gevolgd door een doorkijkje naar de overgangsfase van de epidemie naar de endemische fase (paragraaf 1 t/m 5); de stand van zaken van de doorontwikkeling van het dashboard, de rioolwatermonitoring, testen en traceren, de verbetering van digitale ondersteuning/de CoronaMelder en vaccins (paragraaf 6 t/m 10).
- «Zorgen dat de zorg het aankan» (paragraaf 11).
- Onder «Bescherming van mensen met een kwetsbare gezondheid» ga ik in op: kwetsbare personen (paragraaf 12).
- Onder «Andere onderwerpen» ga ik in op: de stand van zaken van de communicatie, financiële maatregelen in de zorg, Caribisch Nederland, gedragsondersteuning, steunpakket welzijn en leefstijl en wetsvoorstel sluitingsbevoegdheid publieke en besloten plaatsen (paragraaf 13 t/m 18).

Met deze brief voldoe ik aan:

- De toezegging aan het lid De Vries om een manier te vinden de kaart van de landelijke spreiding van de testlocaties voor toegangstestbewijzen over Nederland aan u toe te sturen;

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

- De toezegging aan het lid De Vries om met LTO in overleg te gaan om te kijken of de afspraken over de invulling van de quarantaine door arbeidsmigranten die werkzaam zijn bij ondernemers in de land- en tuinbouw toereikend zijn;
- De toezegging aan het lid Kwint betreffende de aandacht voor de scheiding van bed en baas en hoe er recht gedaan kan worden aan de quarantaineplicht die op werknemers rust;
- De toezegging aan het lid van den Berg om in de volgende brief terug te komen op de vraag of via rioolwatermonitoring nieuwe besmettingen kunnen worden voorspeld.
- De toezegging aan het lid Bikker om aan te geven welke onderdelen van de wet Tijdelijke maatregelen Covid19 kunnen vervallen, n.a.v. de aangehouden motie hierover (Kamerstuk 25 295, nr. 1208).
- De toezegging aan uw Kamer om in de week van 21 juni met een brief aan uw Kamer te komen met een plan van aanpak om ons voor te bereiden op de endemische fase.
- De motie van het lid Marijnissen om de termijn van vier maanden na de acute fase waarbinnen patiënten zich moeten melden voor paramedische herstellzorg te verlengen dan wel te schrappen en bij behandeling in de eerste lijn de verwijzing voor verlenging door een huisarts mogelijk te maken (Kamerstuk 25 292, nr. 1043).
- De motie van het lid Paternotte om bij de EU-Gezondheidsraad op 15 juni ook vliegverboden te bespreken om zo Europees af te stemmen over inreisbeperkingen (Kamerstuk 21 501-31, nr. 613);
- De motie van de leden Klaver en Jetten, waarin de regering wordt opgeroepen om in gesprek te gaan met organisaties van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico over wat zij nodig hebben om deel te nemen in de samenleving en daarbij tevens gebruik te maken van (internationaal) onderzoek naar de impact op corona (Kamerstuk, 25 295, nr. 475);
- De motie van het lid Van Haga die uitspreekt dat er slechts sprake kan zijn van vrijwillige vaccinatie, dus dat een directe of indirecte vaccinatieplicht uitgesloten is, evenals dwang- of drangmaatregelen (Kamerstuk 35 807, nr. 38);
- De gewijzigde motie van het lid Bikker c.s. over de verblijfplaats van arbeidsmigranten en het verzoekt aan de regering om werkgevers, die arbeidsmigranten in dienst hebben, te wijzen op hun verantwoordelijkheid om een veilige quarantaineverblijfplaats te organiseren (Kamerstuk 35 808, nr. 35);
- De motie van de leden van de Eerste Kamer Van den Voort c.s. over een gedegen visie en toekomstplan voor de zorg voor zowel de korte als de langere termijn (Kamerstuk 35 526, BH);
- De motie van de leden Van den Berg en Paulusma over meerdere scenario's waarin bekeken wordt hoe de druk op de zorg richting het najaar zich zou kunnen ontwikkelen en hoe hierop geanticipeerd zal worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1224);
- De motie van het lid Den Haan c.s. om te bezien of de capaciteit van terrassen nog binnen stap 3 kan worden verhoogd naar 100 (Kamerstuk 25 295, nr. 1265);
- De motie van de leden Bikker en Kuiken, die de regering verzoekt aan te geven wanneer zij verwacht dat deze endemische fase wordt bereikt, te schetsen wat de strategie van het kabinet is in deze fase, en de Kamer hierover voor de zomer te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1207);
- De motie van de leden Paternotte en Van der Staaij, over bepalen welke maatregelen tegen COVID-19 in de endemische fase nog noodzakelijk en proportioneel zijn (Kamerstuk 25 295, nr. 1261);
- De motie van het lid Kuiken, die de regering verzoekt bij de besluitvorming over versoepelingen niet alleen naar ziekenhuisopnamen en ic-opnamen te kijken, maar de belasting van het zorgpersoneel en de

mogelijkheden voor het inhalen van reguliere zorg hier nadrukkelijk bij te betrekken, en de Kamer te informeren over deze afweging (Kamerstuk 25 295, nr. 1195);

- De gewijzigde motie van het lid Kuiken, die de regering verzoekt in overleg met wetenschappers een IAR uit te laten voeren, en de Kamer hierover vóór 1 juli te informeren (Kamerstuk 25 295, nr. 1283);
- De motie van het lid Van den Berg om op zo kort mogelijke termijn te bekijken of het reisadvies voor Duitsland aangepast kon worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1250);
- De motie van het lid Paternotte over vliegverboden en maatregelen rondom reizen in Europees verband af te stemmen (Kamerstuk 21 501-31, nr. 613).

## **Zicht op en inzicht in het virus**

### **1. OMT-advies, incl. epidemiologisch beeld**

Het OMT is 10 en 17 juni jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage (advies n.a.v. 116 en 117e OMT)<sup>2</sup>. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het OMT advies bestaat uit de volgende onderwerpen:

1. Epidemiologische situatie
2. Update virusvarianten
3. Openingsplan: nemen van stap 4
4. Toekomstscenario's
5. Maatregelen: versoepelingen maatregelen
6. Bron-en contactonderzoek
7. Surveillance
8. Testen
9. Mbo, Hbo en Wo: loslaten 1.5 meter studiejaar 2021/2022
10. Vliegverboden

#### **Ad1) Epidemiologische situatie**

In de afgelopen 7 kalenderdagen (10–16 juni) is het aantal meldingen van SARS-CoV-2-positieve personen met 39% afgenomen in vergelijking met de 7 dagen ervoor. Het patroon van het aantal meldingen naar leeftijd per 100.000 inwoners laat het hoogste aantal meldingen zien in de leeftijdsgroep 13 t/m 17 en 18 t/m 24 jaar en het laagste aantal in de leeftijdsgroep vanaf 70 jaar: dit betreft bijna een factor 15 verschil. Het aantal testen met uitslagen bij de GGD-testlocaties in de periode 8–14 juni was ook lager (–13%) ten opzichte van de 7 dagen ervoor; alleen bij kinderen van 13–17 jaar steeg het aantal afgenomen testen licht. Het percentage positieve testen daalde naar 5,1%, in vergelijking met 6,9% in de 7 dagen ervoor.

Van de mensen die positief testten in de GGD teststraten, betrof het in 1 op de 3 gevallen een confirmatietest na een positieve zelftest. Andersom, werd bij 66% van de mensen die een confirmatietest aanvraag bij de GGD, de positieve zelftest bevestigd. Het gaat dan veelal om mensen met klachten, en vaak betreft het jongvolwassenen.

In de afgelopen kalenderweek (7–13 juni) steeg het aantal meldingen van personen met een positieve test met een reishistorie in de voorgaande twee weken naar Spanje en Portugal van gemiddeld 51 in week 20–22 naar 240 in week 23. Deze toename was geheel te wijten aan jongeren in de leeftijdsgroep 15 t/m 19 jaar, voornamelijk 17–18-jarigen (reizen na

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

eindexamen). Het aandeel clusters met setting van besmetting in de thuissituatie (huisgenoten en bezoek) en werk neemt af, terwijl er een toename is van het aandeel besmettingen in andere settings. Dit beeld past bij de opening van de maatschappij. De daling van het aantal IC opnames per dag is consistent met de prognose van de vorige weken. Die prognoses geven aan dat we de piek in aantal COVID patiënten in de zorg achter de rug hebben, en het aantal IC opnames per dag nog verder zal dalen.

De meest recente schatting van het reproductiegetal  $R_t$ , zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is op 31 mei 0.78. De schattingen op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC opnames per dag kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, maar ook hier ligt het geschatte reproductiegetal ruim onder de 1. Uit de kiemsurveillance kunnen we het reproductiegetal per variant volgen, dit beeld geeft aan dat de nieuwe «Indiase» delta-variant relatief besmettelijker is ten opzichte van de «Britse» alfa-variant. Het is nog onzeker hoeveel besmettelijker de delta-variant zal blijken te zijn, en daardoor is het nog onzeker wanneer de alfa-variant vervangen zal zijn door de delta-variant als dominante variant.

#### Ad2) Update virusvarianten

Het OMT is geïnformeerd over de laatste stand van zaken van de kiemsurveillance van de verschillende varianten. De alfa-variant (voorheen de VK variant) heeft een dalend aandeel naar voorlopig 92.8%. De bèta-variant (voorheen de Zuid-Afrika variant) is voor het eerst sinds het verschijnen afwezig in de steekproef.

Het aandeel van de gamma-variant (voorheen de Brazilië variant) lijkt op dit moment te stabiliseren tussen 2% en 3%. De delta-variant (voorheen de India variant) wordt in toenemende mate aangetroffen in de kiemsurveillance met een aandeel van respectievelijk 0,6%, 1,1% en 2,8% in de weken 20, 21, 22. In de GGD-regio's Amsterdam en Rotterdam-Rijnmond zijn de meeste delta-positieve bemonsteringen in de kiemsurveillance aangetroffen. De GGD'en worden op de hoogte gesteld bij deze bevindingen voor inzetten van gericht BCO. Daarnaast wordt de variant aangetroffen op basis van sequenzen in clusteronderzoeken en bij terugkerende reizigers uit verschillende landen binnen en buiten Europa. De WHO heeft een nieuwe VOI benoemd lambda (voor het eerst gedetecteerd in Peru). Lambda heeft een aantal mutaties in het Spike-eiwit die mogelijk kunnen leiden tot een verhoogde besmettelijkheid en verminderde effectiviteit van immuniteit door eerder doorgemaakte infecties dan wel vaccinaties. Lambda wordt in toenemende mate in een toenemend aantal landen, met name in Zuid-Amerika, aangetroffen. In Nederland is lambda tot nu toe één keer in week 18 aangetroffen.

#### Ad3) Openingsplan: nemen van stap 4

Scenario's voor het nemen van stap 4 en stap 4 plus stap 5 van het openingsplan op 30 of 25 juni<sup>3</sup> zijn doorgerekend. Gezien de trend in de aantallen opnames, die samenhangt met het hoge vaccinatietempo en het seizoenseffect, wordt er op korte termijn geen kentering verwacht door de voorgenomen versoepelingen. Op grond hiervan heeft het OMT geen reservering ten aanzien van het voornemen van het kabinet om stap 4 (al dan niet met stap 5) gecombineerd in het openingsplan enkele dagen te vervroegen en te nemen per 25 juni a.s.

<sup>3</sup> Het OMT heeft in hun doorrekening de datum 25 juni gehanteerd, het kabinet heeft besloten tot versoepeling per 26 juni.

#### Ad4) Toekomstscenario's

Het OMT heeft op basis van de huidige kennis en modellering naar scenario's voor de toekomst gekeken. Voor een uitgebreide beschrijving verwijs ik u naar het advies.

Samengevat stelt het OMT vast dat op de korte termijn (komende zomerweken) een verder afname van de COVID-19 incidentie is te verwachten. Op de middellange termijn (nazomerperiode juli/augustus en daarna) zal veel afhangen van de grootte van het seizoenseffect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich tenminste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiode, het besluit al dan niet kinderen van 12–17 jaar te vaccineren, en het al dan niet kunnen aanhouden van de bronmaatregelen en collectieve bestrijdingsmaatregelen.

Het OMT houdt rekening met een significante winterpiek in het aantal infecties. Om het seizoenseffect (dat nadelig zal uitvallen in de herfst- en wintermaanden) op de R te neutraliseren, kan het dan noodzakelijk zijn om een aantal algemene bestrijdingsmaatregelen te intensiveren. Ook het verhogen van de vaccinatiegraad onder personen die nog niet zijn gevaccineerd, kan de verhoging van de R verminderen. In dat kader behoort ook het vaccineren van 12–17-jarigen (of een deel daarvan) tot de mogelijkheden. Naast individuele bescherming en een gunstig effect op de R, zal dit de kans dat scholen in het najaar weer (gedeeltelijk) gesloten moeten worden voor fysiek onderwijs bij besmettingen in de klas, verminderen. Opgemerkt wordt dat hoewel de ziektelast varieert per leeftijdsgroep, er in alle leeftijdsgroepen een aanzienlijke ziektelast is uitgedrukt in DALY's, die voor de jongere leeftijdsgroepen van een vergelijkbare orde van grootte is met ziekte als gevolg van influenza. Hierbij is nog geen rekening gehouden met gezondheidsverlies als gevolg van Long COVID. Het OMT realiseert zich dat voor een besluit over de vaccinatie van deze groep genomen wordt, vele andere aspecten ook moeten worden gewogen, die momenteel bij de Gezondheidsraad voor liggen.

#### *Varianten*

Zolang het virus onder mensen circuleert zullen mutaties ontstaan. De meeste mutaties zullen geen gevolgen hebben voor het verloop van de pandemie. Er kunnen echter virusvarianten ontstaan met mutaties waardoor het virus:

- besmettelijker wordt, waardoor het virus zich sneller en/of gemakkelijker kan verspreiden;
- immuun-escape vertoont, waardoor opgebouwde immuniteit onvoldoende bescherming biedt om infectie en/of ziekte te voorkomen;
- een ernstiger ziektebeeld veroorzaakt;
- niet langer gedetecteerd wordt met de gebruikelijke diagnostische methoden;
- een ander gastheerbereik of -tropisme ontwikkelt.

Bij de huidige varianten (alfa, bèta, gamma en delta) is vastgesteld dat de vaccineffectiviteit (na volledige vaccinatie) voor het voorkomen van ernstige, symptomatische infecties en ziekenhuisopname hoog zal zijn. Het is belangrijk om de ontwikkelingen middels kiemsurveillance te blijven monitoren, aangezien er in de toekomst («escape») varianten kunnen ontstaan waartegen de vaccineffectiviteit wel verminderd is. Op de korte termijn (komende vakantieperiode) is een toename van de circulatie en mogelijk introductie van variantvirussen te verwachten, vanwege import uit vakantiebestemmingen. Indien nieuwe varianten

ontstaan waarvoor de werking van de gebruikte vaccins onvoldoende is, zullen die vaccins wat betreft samenstelling moeten worden aangepast. Nationaal en internationaal worden gegevens over varianten verzameld en gebruikt als input voor besluitvorming voor vaccin en keuzes van vaccinsamenstelling.

### *Immuniteit*

Veel details met betrekking tot immuniteit na doorgemaakte infectie of vaccinatie zijn nog onbekend, omdat de follow-up tijd beperkt is tot maximaal een jaar, en virusvarianten daarbinnen een relatief nieuw verschijnsel zijn. Vaccinatie of eerder doorgemaakte infectie beschermt tegen symptomatische herinfectie en ernstige ziekte, en dat lijkt ook op te gaan voor de momenteel circulerende virusvarianten. De duur van bescherming is echter nog onzeker. Vaccinatie beschermt ook tegen transmissie, maar hoe groot dit effect precies is, is niet met zekerheid te zeggen. Schattingen lopen uiteen van 50–90%.

Ondanks de snel toenemende immuniteit in Nederland door het vaccinatieprogramma, blijven er groepen die geïnfecteerd kunnen raken. Mensen die niet gevaccineerd zijn, of waarbij het vaccin niet tot immuniteit heeft geleid, kinderen die (nog) niet in aanmerking komen voor vaccinatie, en mensen met een verzwakt afweersysteem (immuunstoornis, afweeronderdrukkende medicatie, kwetsbare ouderen met een verzwakt immuunsysteem) die geen vaccinatiereactie kunnen aanmaken, zijn niet of onvoldoend beschermd. Momenteel telt deze groep in Nederland nog op tot enkele miljoenen personen.

Op langere termijn en bij een verdere daling van de circulatie van het virus, zal bij groepen met afnemende afweer tegen het virus een situatie kunnen ontstaan, waarbij mogelijk hervaccinatie nodig is. De verwachting is dat dit niet voor volgend voorjaar gaat spelen. Er is nog teveel onzekerheid over de duur van bescherming door de vaccins of natuurlijk-doorgemaakte infectie op lange termijn om een gefundeerde uitspraak te doen over de noodzaak van een boostervaccinatie, bij welke doelgroep en met welke vaccins.

### *Ad5) Maatregelen: versoepelen van de maatregelen*

Ten aanzien van het afschalen van eventueel resterende maatregelen, adviseert het OMT om een aantal bron- en collectieve maatregelen te handhaven, en deze alleen op geleide van de epidemiologie en de gerealiseerde vaccinatiegraad in een later stadium (gedeeltelijk) los te laten. Dit in verband met de mogelijke toename van ziektegevallen in het najaar.

Het OMT merkt op dat het niet mogelijk is om het effect van het loslaten van afzonderlijke basismaatregelen op te nemen in de modellering, omdat deze basismaatregelen veelal tegelijk, als een bundel van maatregelen, zijn ingevoerd.

Het OMT heeft een aantal uitgangspunten en ijkpunten geformuleerd voor verdere versoepelingen van de basismaatregelen. Hiervoor verwijs ik u naar het advies. Hieronder volgt een korte opsomming van het advies van het OMT ten aanzien van de bronmaatregelen en collectieve maatregelen. In het advies is een tabel opgenomen waarin dit per risiconiveau (zorgelijk, waakzaam) is weergegeven.

### *Thuisblijven bij klachten*

Het OMT adviseert het thuisblijven en testen bij klachten voor te zetten totdat duidelijk is dat COVID-19 blijvend onder controle is. Ook gevaccineerde personen dienen thuis te blijven en zich te laten testen bij klachten om zicht te blijven houden op het virus en eventuele nieuwe varianten daarvan.

### *Hand- en hoesthygiëne*

Het OMT adviseert dat de hygiëneadviezen blijven gelden, ook nadat COVID-19 onder controle lijkt.

### *1,5 meter afstand houden*

Dit is een zeer effectieve maatregel tegen overdracht van COVID-19. Het OMT adviseert om deze maatregel in de openbare ruimte voort te zetten totdat duidelijk is dat COVID-19 blijvend onder controle is. In thuissituaties wordt geadviseerd de 1,5 meter-maatregel voor bezoekers te continueren tot risiconiveau zorgelijk is bereikt en/of alle aanwezigen gevaccineerd of beschermd zijn door natuurlijk doorgemaakte infectie.

### *Beperkingen van groepsgrootte, maximumbezoekersaantallen, placering en spatschermen*

Het OMT adviseert deze maatregelen voort te zetten tot en met de fase waakzaam en aan iedereen volledig vaccinatie is aangeboden. Wel kunnen de maximaal aantallen worden verhoogd, zodra risiconiveau zorgelijk is bereikt en aan iedereen tenminste 1 vaccinatie is aangeboden.

### *Thuiswerken*

Het OMT advies om zoveel mogelijk thuis te werken, blijft gehandhaafd tot de fase zorgelijk is bereikt en alle Nederlanders van 18 jaar en ouder tenminste 1 vaccinatie aangeboden hebben gekregen. Tevens wordt in overweging gegeven ook in de fase waakzaam waar mogelijk het thuiswerken te continueren voor een deel van de werktijd.

### *Ventilatie*

Het OMT onderschrijft het belang van een goede ventilatie en adviseert om minimaal de eisen van het bouwbesluit en geldende (arbo)richtlijnen te blijven toepassen. De aanvullende adviezen voor scholen en zorginstellingen blijven ook van kracht.

### *Mondneusmaskers*

Het gebruik van mondneusmaskers in openbare ruimtes werd verplicht om te voorkomen dat personen die het virus zonder symptomen dragen, dit binnen de 1,5 m overdragen naar bevattelijke personen. Deze maatregel wordt proportioneel geacht als het risico op besmetting nog hoog is. Het OMT adviseert om de mondkapjesplicht in het OV in stand te houden zolang het advies om 1,5 meter afstand te houden geldt. Voor contactberoepen kan de mondkapjesplicht eerder vervallen omdat hier triage en registratie mogelijk is. Wat betreft de mondkapjesplicht in vliegtuigen en op vliegvelden, adviseert het OMT om aan te sluiten bij internationale adviezen (ECDC).

In overige openbare ruimtes is het advies om afstand te houden dan wel drukte te mijden en adviseert het OMT om de mondkapjesplicht af te schaffen als het risiconiveau zorgelijk is bereikt en alle inwoners van

18 jaar en ouder tenminste 1 vaccinatie aangeboden hebben gekregen. Voor het VO adviseert het OMT om de mondkapjes buiten de klas in het schoolgebouw te continueren tot aan de zomervakantie. Over het gebruik van mondneusmaskers in de zorg, heeft de FMS een advies geformuleerd. Hierover volgt nog een aansluitend advies vanuit de OMT werkgroep langdurige zorg.

#### Ad6) Bron en contactonderzoek

Het BCO zal op korte termijn minder omvangrijk en minder complex worden, o.a. door een afnemende incidentie en doordat er minder BCO-maatregelen zoals quarantaine en monitoring voor bepaalde groepen plaatsvinden. Anderzijds zal het BCO complexer worden en meer maatwerk vergen, omdat er meer verschillende interventies beschikbaar zijn voor de index en contacten zoals: vaccinatie, post-expositie profylaxe, vroegbehandeling en/of passieve immunisatie met monoklonale antistoffen. Er is alertheid nodig voor situaties waar de vaccinatiegraad en immuniteitsgraad laag is. Wegens de monitoring op nieuw opkomende varianten, dient daarnaast altijd aandacht te blijven voor de reisgeschiedenis van de index en zal er soms een indicatie zijn voor aanvullende diagnostiek. Dit alles vergt een BCO-op maat (zie voor nadere uitwerking de bijlage). Voor dit maatwerk is het van belang dat er voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is met kennis van de infectieziektebestrijding en met kennis van de betreffende populatie, zoals IZB-verpleegkundigen- en artsen. Er zal minder geprotocolleerd kunnen worden gewerkt.

Het uitgangspunt bij het BCO-op maat blijft dat de GGD met iedere index in ieder geval éénmalig (telefonisch) contact heeft. Dit gesprek is van belang voor het brononderzoek, het verzamelen van surveillancedata en het starten van contactonderzoek. Het brononderzoek en het signaleren van clusters wordt in een fase met lage prevalentie des te belangrijker. Het inventariseren en informeren van de contacten kan vaak door de index zelf worden gedaan. Hiertoe moeten nog wel voorbereidingen worden getroffen. Indien de index dit niet kan doen, of wanneer de index of contacten tot specifieke risicogroepen behoren of er bijzondere settings zijn, dan zal de GGD zelf de contacten informeren en een uitgebreider BCO verrichten.

Met een toenemende immuniteit, kunnen de quarantaine en testadviezen voor contacten versoepeld worden. Concreet betekent het:

- geen quarantaineadvies meer voor nauwe contacten (cat 2) die a) (volledig) gevaccineerd zijn, of b) <6 maanden geleden besmet zijn geweest. Deze nauwe contacten worden wel geïnformeerd over de blootstelling, en krijgen het advies om alert te zijn op klachten, en zich bij klachten te laten testen.
- Voor gevaccineerde huisgenoten van een besmettelijke index, blijft het advies om zich 5 dagen na de blootstelling te laten testen, ook als zij geen klachten hebben. Als zij positief getest worden gaan zij in isolatie, welke 72 uur duurt als zij geen klachten hebben of krijgen.
- Voor nauwe contacten (categorie 2) die niet gevaccineerd zijn (of geen infectie hebben doorgemaakt) adviseert het OMT om het testen z.s.m. na de blootstelling te laten vervallen. De reden om deze test eerder wel te adviseren was het vroeg opsporen van infecties, en daarmee voorkomen van tertiaire infecties. Met een toenemende vaccinatiegraad, is de kans op een dergelijke transmissie van het contact naar diens contacten sowieso al kleiner, waardoor dit testmoment veilig kan vervallen.
- Voor overige, niet nauwe contacten (categorie 3), die een gering risico hebben op infectie, adviseert het OMT om het testadvies op dag 5 na

de blootstelling te laten vervallen, en hen niet meer in te lichten over de mogelijke blootstelling.

Het algemene thuisblijf advies voor huisgenoten van iemand met coronaklachten en koorts of benauwdheid (totdat de uitslag bekend is), kan vervallen gezien de toenemende immuniteit.

#### Ad7) Surveillance

Het blijft belangrijk om zicht te houden op de verspreiding van het virus en de ziektelast. Het blijft van groot belang dat mensen met klachten zich tot dit najaar laagdrempelig kunnen laten testen bij de GGD, en de GGD bij (lokale) uitbraken testcapaciteit snel kan opschalen en flexibel kan inzetten. Het wordt belangrijker om naast de gegevens van de meldingen aan de GGD (en de informatie verkregen bij BCO), andere informatie uit verschillende bronnen, zoals rioolwatersurveillance, huisartsenpeilstations, registratie ziekenhuisopnames, virologische weekstaten en de infectierader, te gebruiken. Het blijft belangrijk om zicht te houden op varianten, en het is daarom van belang om representatieve kiemsurveillance in te richten. Hiervoor is het van belang dat er van voldoende geïnfecteerde personen virusmateriaal gesequencet wordt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van verschillende structuren en steekproeven.

#### Ad8) Testen

Zoals hierboven beschreven, blijft het van belang om mensen met klachten te testen op SARS-CoV-2, zodat bestrijdingsmaatregelen kunnen worden ingezet waar dat nodig is en voor het zicht op het virus.

Het OMT zal in een volgend advies ingaan op de inzet van verschillende soorten testen. Het advies blijft om bij klachten die passen bij COVID-19, te testen. Het aantal testen van contacten zal afnemen doordat in het BCO het testadvies wordt aangepast. Risicogericht (grootschalig) gebiedstesten bij o.a. hoge prevalentie of een hoge dreiging blijft nodig bij pockets, clusters en uitbraken. Flexibele inzet en opschaling van de testcapaciteit door GGD'en blijft in ieder geval nodig in de 2e helft van 2021 en begin 2022. In het voortgezet onderwijs wordt de zelftest nu ingezet voor het testen van de overige, niet nauwe contacten (categorie 3). Het is nog onduidelijk of de groep 12–17 jaar vaccinatie krijgt aangeboden, en het testen en BCO in het primair en voortgezet onderwijs voor deze groep zal afhankelijk van deze beleidsbeslissing en de epidemiologie verder worden uitgewerkt.

#### Ad9) Mbo, Hbo en Wo: loslaten 1.5 meter studiejaar 2021/2022

Indien de huidige dalende trend in de besmettingscijfers en het vaccinatie tempo zich volgens de prognose voortzet, adviseert het OMT om in het hoger onderwijs (Mbo, Hbo en Wo) bij onderwijsactiviteiten binnen de onderwijsinstelling per 1 september de 1,5 meter maatregel los te laten, met daarbij vasthoudend aan de andere basismaatregelen. Daarbij dient er, zoals reeds gebeurt, twee keer per week preventief te worden getest door studenten en medewerkers, zoals het beleid voor voortgezet onderwijs.

De modellen laten zien dat de 1,5 meter maatregel verantwoord zou kunnen worden losgelaten in augustus, maar vanwege de te verwachten seizoensinvloed op de transmissie, niet meer in januari 2022 (dit is mede afhankelijk van vaccinatiebeleid). Dat geldt ook voor de specifieke groep Mbo, Hbo en Wo. Het ligt in de lijn der verwachting dat het loslaten van 1,5 meter in het hoger onderwijs enkel tijdelijk wordt losgelaten, maar mogelijk later weer moet worden ingevoerd. Hierop dient men zich voor te bereiden.

Voor de introductieweken medio augustus en kennismakingsactiviteiten, die lopen tot in september, zowel binnen als buiten de onderwijsinstellingen, adviseert het OMT het openingsplan te volgen wat betreft de maatregelen die op dat moment gelden. Gezien het belang van dergelijke activiteiten voor het welzijn van de studenten, adviseert het OMT deze wel doorgang te laten vinden, met inzet van zelftesten of toegangsbewijzen (testen voor toegang) of het Digitale Corona Certificaat (DCC) tijdens de introductieperiode om daarmee de 1,5 meter afstand los te kunnen laten.

#### Ad10) Vliegverboden

De huidige epidemiologische situatie geeft volgens oordeel van het OMT geen aanleiding voor het opnieuw instellen van vliegverboden. Via transport over land (na een vlucht naar Europa) kan immers anders alsnog verspreiding in Europa optreden, ook naar de landen die zelf een vliegverbod hebben. Ook wijst het OMT erop dat er zoveel uitzonderingen zijn voor wie op het vliegverbod van toepassing is, dat een introductie van VOC's met een vliegverbod niet kan worden voorkomen.

Wel wordt de quarantaineplicht in aanvulling op pre-vlucht testen, waarbij een goede monitoring van de strikte naleving essentieel is, gezien als een effectieve manier om verdere verspreiding van SARS-CoV-2 en import van VOC's te voorkomen. Quarantaine dient te worden ondersteund en quarantaine kan worden gestopt na een negatieve test vanaf dag 5. Het is van groot belang voor de volksgezondheid om eventuele vliegverboden en andere maatregelen rondom reizen in Europees verband af te stemmen, om te voorkomen dat via landen met een minder stringent beleid risico's op introductie van nieuwe varianten ontstaan. Een uniform beleid zorgt ervoor dat deze risico's verkleind worden voor alle landen.

#### *BAO-advies*

Het BAO dat 18 juni jl. heeft plaatsgevonden, is blij met de gunstige epidemiologische ontwikkelingen en onderschrijft de analyse van het OMT dat voor een structureel gunstige beeld, ook na de zomer, het van belang is om voldoende waakzaam te blijven, veel energie te steken in een hoge en homogene vaccinatiegraad en basismaatregelen vast te houden als dat nuttig is. Het BAO vindt de adviezen van het OMT navolgbaar. Het BAO vraagt aandacht voor het gebruik van mondneusmaskers in ziekenhuizen en andere zorginstellingen. In zorglocaties geldt het beleid van de betreffende locatie, zorgverleners, patiënten en bezoekers moeten de aanwijzingen van de beheerder van de zorglocatie over het gebruik van mondkapjes of andere persoonlijke beschermingsmiddelen opvolgen.

In de paragrafen hierna wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het OMT-advies.

## **2. Sociaalmaatschappelijk Economische Reflectie (SMER)**

Voor de besluitvorming van 18 juni 2021 is, naast het epidemiologisch beeld en OMT-advies, opnieuw rekening gehouden met het maatschappelijk beeld volgens de inzichten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), reflecties op de maatregelen volgens de inzichten van het SCP en de Ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (de «Trojka») en met uitvoeringstoetsen op de maatregelen door andere departementen, de gedragsunit van het RIVM, de Nationale Politie, de inspecties, veiligheidsregio's en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Hiermee geef ik ook invulling aan de toezegging om een koppeling te leggen tussen suggesties voor maatregelen en een weging waarom die wel of niet meegenomen worden (T03137).

De sociaal maatschappelijke reflectie van het Sociaal Cultureel planbureau ten aanzien van mogelijke maatregelen Covid-19 en de gedragsreflectie van de RIVM Corona gedragsunit, treft uw Kamer aan in de bijlagen van deze brief<sup>4</sup>.

### *Maatschappelijk beeld en reflectie SCP*

Het SCP schetst in haar brief van 10 juni jl. de meest zwaarwegende maatschappelijke effecten van enkele van de maatregelen, zonder deze af te zetten tegen besmettingsrisico's. Het wegen van epidemiologische effecten (op basis van het OMT-advies) ten opzichte van maatschappelijke effecten (op basis van dit advies) is volgens hen een politieke weging.

Sociaal contact speelt een belangrijke rol in het welbevinden van mensen. Mensen missen vooral de intiemere sociale contacten met mensen van buiten hun huishouden en kleinere bijeenkomsten. Uit onderzoek van de gedragsunit van het RIVM blijkt dat 71% van de deelnemers het mist om familie en vrienden in het echt te zien. Vooral bij jonge mensen nam het aandeel met een laag psychisch welbevinden toe. Jongeren noemen o.a. spontaan contact en feestjes te missen. De beperking in de groepsgrootte vormt daarvoor een belangrijke belemmering. Sociaal contact heeft ook preventieve functie; bijvoorbeeld tijdig signaleren van somberheid en angst, en om op mogelijkheden van hulp te wijzen.

Ook gaat het SCP in op het advies om thuis te werken. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het aandeel van de werkenden dat thuiswerkt. Het percentage dat (deels) thuiswerkt varieert tussen circa 40% en 73% en hangt samen met de onderzoekspopulatie. Vooral hoger opgeleiden en mensen met een kantoorbaan hebben betere mogelijkheden om thuis te werken. Het aandeel van de werktijd dat thuis wordt gewerkt binnen de groep die dat kan, daalde van 76% in januari naar 66% in mei (RIVM, coronadashboard). Onderzoek van TNO laat zien dat net als voor de COVID-19 pandemie een substantieel deel van de thuiswerkers in 2020 last had van gezondheidsklachten; 38% gaf aan last te hebben van klachten aan de nek-, schouder, elleboog of pols, 17% kampte met burn-out klachten en 14% voelde zich sterk eenzaam. Toch is drie kwart van de thuiswerkers tevreden met het leven. Het thuiswerkadvies loslaten betekent niet dat er terug wordt gegaan naar de oude situatie. Uit onderzoek van TNO blijkt voorts dat bijna 1 op de 4 thuiswerkers ook na de crisis grotendeels thuis wil blijven werken. Daarnaast wil 43% thuiswerken combineren met werken op locatie.

Het volledig openen van het hogere onderwijs maakt het mogelijk dat meer studenten fysiek onderwijs kunnen volgen, het zal bijdragen aan hun welbevinden en de opbrengst van het onderwijs vergroten, aldus het SCP. Met betrekking tot het verder verruimen van deelname en bezoek aan culturele activiteiten, horecabezoek en andere locaties geeft het SCP aan dat dit meer mogelijkheden biedt voor activiteiten buitenshuis. Een groep mensen heeft daar sterke behoefte aan en het openen van de locaties kan een bijdrage zijn aan een verbetering van hun (fysieke en mentale) welbevinden.

Samenvattend en in overeenstemming met eerdere adviezen adviseert het SCP het kabinet de genoemde aandachtspunten en maatschappelijke effecten van de maatregelen Covid-19 mee te wegen in de besluitvorming en ook helder te communiceren dat deze afweging is gemaakt. Verder merkt het SCP op dat het advies ten aanzien van thuiswerken, groepsgrootte en het thuisbezoek in verhouding zou moeten staan met het

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

verruimen van activiteiten in de vrije tijd en buitenshuis. De toegelaten groepsgrootte in horeca, cultuur en bij evenementen is lastig te rijmen met een strikt advies in de thuissituatie en leidt er mogelijk toe dat men zich daar in de praktijk niet meer aan zal houden. Tot slot adviseert het SCP om de effecten van eerdere versoepelingen in het oog te houden.

### *Sociaalmaatschappelijke en economische reflectie Trojka*

Volgens de Ministeries van SZW, EZK en Financiën is het vanuit het sociaal-maatschappelijke en economisch perspectief positief dat er versnelde besluitvorming over een ruime stap 4 plaatsvindt. Hoe minder (beperkende) voorwaarden er gelden, des te beter mensen en ondernemers in staat zijn om hun levens in te richten zoals zij dat willen. Het loslaten van beperkingen heeft dus een positief effect op het welbevinden van mensen.

Daarnaast geven zij aan dat de sociaalmaatschappelijke en economische baten van het loslaten van de afstandsregel afgewogen moeten worden tegen het epidemiologisch risico ervan en dat de norm losgelaten moet worden zodra dit verantwoord is. Deze veilige afstandsnorm verlaagt het welbevinden, omdat het innig contact met naasten bemoeilijkt. Ook gaat aanhouden van de veilige afstandsnorm gepaard met substantiële kosten voor de samenleving en de economie, zowel op de korte als de lange termijn. Het loslaten van deze norm heeft grote sociaalmaatschappelijke en economische baten. Uit onderzoek blijkt dat 11% van de Nederlandse economie niet (goed) op meer dan anderhalve meter afstand van anderen kan plaatsvinden. Het gaat dan vooral om de horeca, zorg, cultuursector en overige dienstverlening. Capaciteitsbeperkingen gaan in diverse sectoren ten koste van de mogelijkheid om volledige omzet te draaien en beperkt dus de mate waarin zij rendabel open kunnen. De positieve epidemiologische ontwikkelingen en verminderde naleving leiden bovendien tot afnemende baten van de veilige afstandsnorm.

Tot slot benadrukt de Trojka dat fysiek onderwijs alleen optimaal kan plaatsvinden als de 1,5 meter wordt losgelaten. Behalve leerachterstanden tast de 1,5-meter regel door capaciteitsverlaging ook de sociale functie van het onderwijs aan. Leerprestaties blijven hierdoor achter wat het toekomstige verdienvermogen van Nederland aantast. Gegeven de zomervakantie is duidelijkheid over het hanteren van de veilige afstandsnorm voor het volgende schooljaar wenselijk.

### **3. Openingsplan**

Het openingsplan is op 13 april gepresenteerd en naar uw Kamer gestuurd. Stap 1 en 2 uit het openingsplan zijn inmiddels gezet en stap 3 is ingegaan per 5 juni 2021. Met het zetten van stap 3 zijn we teruggegaan naar de maatregelen van risiconiveau 3 «ernstig» uit de routekaart, en hebben we ook binnen meer mogelijk gemaakt. Daarnaast kunnen op dit moment met de inzet van toegangsbewijzen geplaatste evenementen plaatsvinden en voorwaarden voor openstelling voor o.a. horecagelegenheden, culturele instellingen en publiek bij sportwedstrijden verruimd worden. Ook heb ik in de voorgaande Kamerbrief (Kamerstuk 25 295, nr. 1241) aangegeven dat stap 4 en 5 zijn samengevoegd tot één stap. Het verloop van de epidemie is op dit moment gunstig. De ziekenhuisbezetting, het aantal nieuwe opnames en het aantal nieuwe besmettingen is hard aan het dalen. Gezien dit gunstige verloop en de prognoses van het RIVM, heeft het kabinet besloten om stap 4 van het openingsplan enkele dagen te vervroegen en de stap uit te breiden. Deze versoepelingen licht ik in deze brief in de paragraaf maatregelen toe. Stap 4 zal ingaan op

26 juni 2021. Met het zetten van deze stap gaat de samenleving behoedzaam verder open passend bij de epidemiologische situatie.

Op 13 augustus zal het kabinet bezien of de 1,5m-regel per 16 augustus losgelaten kan worden. Bij het nemen van de volgende stap zal o.a. worden gekeken naar de beschermingsgraad onder de bevolking, incidentie en de (internationale) epidemiologische situatie. Streefwaarden zijn een incidentie van 50 per 100.000 inwoners, 85% van de volwassen bevolking die minimaal 1 prik heeft gehad, 80% van de volwassen bevolking die volledig gevaccineerd is. Tevens wordt gekeken naar de opbouw van antistoffen als gevolg van het doormaken van een infectie. Naast deze indicatoren, zal ook worden gekeken naar de epidemiologische trend in Europa en omliggende landen; gelet op de daar geldende maatregelen, de ontwikkeling van VOC's en nieuwe varianten. Deze aanpassingen zijn verwerkt in de geüpdatete versie van het openingsplan die als bijlage<sup>5</sup> van deze brief naar uw Kamer wordt gestuurd.

Ik hecht er aan om te benadrukken dat het van belang blijft om buiten die gecontroleerde omgeving de anderhalve meter maatregel in acht te nemen. Hier worden ook afspraken over gemaakt met ondernemers en organisatoren om bijvoorbeeld duidelijk looproutes aan te geven buiten het festivalterrein of stadion.

#### *Fieldlabs*

Over de evenementen heeft uw Kamer op 11 juni jl. een Kamerbrief ontvangen (Kamerstuk 25 295, nr. 1296). In deze Kamerbrief staat aangegeven onder welke voorwaarden evenementen (zowel geplaatst als ongeplaatst) kunnen plaatsvinden. De ingangsdatum voor deze evenementen is 30 juni i.p.v. 26 juni. Het kabinet heeft hiertoe, in afstemming met het Veiligheidsberaad, besloten in verband met het ruimte bieden voor het verlenen van de benodigde vergunningen en het garantiefonds Evenementen.

#### *Toegangsbewijs*

In de vorige Kamerbrief (Kamerstuk 25 295, nr. 1241) heb ik uw Kamer geïnformeerd over het aantal bezoekers dat is toegestaan op basis van een percentage van de reguliere capaciteit in sectoren waar coronatoegangsbewijzen worden ingezet. In die brief gaf ik aan dat bij stap 4 (risiconiveau 2 routekaart) 50% en bij stap 5 (risiconiveau 1 routekaart) 75% van de reguliere capaciteit is toegestaan. Echter, naar aanleiding van de uitkomsten van de Fieldlab Evenementen, is besloten dat 100% van de reguliere capaciteit bij stap 4 is toegestaan. Met gebruik van een toegangsbewijs is het daarnaast ook mogelijk om de 1,5m-regel los te laten. Hierover heeft de Staatssecretaris van het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat uw Kamer op 11 juni jl. geïnformeerd (Kamerstuk 25 295, nr. 1296).

### **4. Maatregelen**

Met het zetten van stap 4 gaat de samenleving nog verder open. Vanaf 26 juni zullen dan ook de meeste beperkingen vervallen. De maatregelen die blijven zijn gericht op het in acht nemen van de anderhalve meter. Waar het niet mogelijk of wenselijk is die norm te hanteren, worden mitigerende maatregelen genomen, zoals de toepassing van zelftesten, het gebruik van toegangsbewijzen en mondkapjes.

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Het OMT heeft op basis van de gunstige trend in de aantallen opnames, die samenhangt met het hoge vaccinatietempo en het seizoenseffect, geen reservering bij de voorgenomen versoepelingen van stap 4, al dan niet in combinatie met voormalige stap 5, per 26 juni 2021 te zetten. Het OMT verwacht daarin op korte termijn (juni, juli) geen kentering maar overweegt ook dat dit daarna anders kan worden door de in het advies benoemde onzekere factoren, waaronder de onzekerheden rondom de deltavariant en de mogelijke introductie daarvan door reizigers en terugkerende vakantiegangers. Het OMT concludeert dat op de korte termijn (komende zomerweken) verdere afname van de COVID-19 incidentie te verwachten is. Echter, op de middellange termijn (nazomerperiode juli/augustus en daarna) zal veel afhangen van de grootte van het seizoenseffect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich tenminste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiodes, het besluit al dan niet kinderen van 12–17 jaar te vaccineren, en het al dan niet kunnen aanhouden van de bronmaatregelen en collectieve bestrijdingsmaatregelen, aldus het OMT. Tegelijkertijd blijkt uit de sociaal maatschappelijke toets evenzeer hoe belangrijk het is om versoepelingen door te voeren waar dat mogelijk is, onder meer voor jongeren. Daarbij speelt een rol dat de groepsvormingsregels ook raken aan de persoonlijke levenssfeer. Het kabinet heeft daarom besloten om stap 4 met ingang van 26 juni 2021 mogelijk te maken op de wijze zoals hieronder beschreven.

#### *Algemene verplichtingen en adviezen*

Steeds meer maatregelen vervallen, maar de basismaatregelen blijven belangrijk. Het virus heeft minder kans om zich te verspreiden als we ons aan de basisregels houden. Naast een veilige afstandsnorm van 1,5 meter blijven de hygiëneadviezen over handen wassen en hoesten en niezen in de elleboog gelden. Ook de adviezen over het laten testen bij klachten en thuis blijven in afwachting van de uitslag of bij een positieve uitslag blijven van belang. Om zicht te houden op de verspreiding van het virus blijft het van belang enkele daarmee verband houdende maatregelen te behouden, voor beheerders van bepaalde publieke plaatsen (in geplaatste setting) en organisatoren van evenementen. Het gaat dan om een gezondheidscheck en de verplichting om registratie aan te bieden. Deze verplichtingen blijven ook gelden voor de beoefenaar van een contactberoep met uitzondering van zorgverleners, sekswerkers en mantelzorgers.

Het dringende advies om zoveel mogelijk thuis te werken wijzigt. Volledig naar kantoor gaat nog niet, maar ook op het werk komt ruimte om elkaar weer meer te ontmoeten. Het thuiswerkadvies is om maximaal de helft van de werktijd op kantoor te werken, waar dit met inachtneming van de basisregels kan. Dit betekent dat de 1,5 meter altijd moet worden gewaarborgd. Niet alleen op de werkplek zelf, maar ook bijvoorbeeld in de lift en in de kantine. Dit kan betekenen dat werknemers, afhankelijk van de kantoor situatie, minder dan helft van de tijd naar kantoor kunnen. Ook onderweg van en naar het werk wordt – waar dat kan – 1,5 meter afstand gehouden. Het advies is daarom vooral op rustige dagen en tijdstippen te reizen en drukke plekken te mijden. Bijvoorbeeld door na de ochtendspits de trein of bus in te stappen.

Het generieke binnenlands reisadvies blijft ongewijzigd: Vermijd drukte onderweg. Mijd de spits. Voor het buitenlandse reisadvies blijft gelden: volg de reisadviezen van Buitenlandse Zaken.

Vanaf 26 juni zijn er geen beperkingen meer van het aantal bezoekers die mensen thuis mogen ontvangen. Dit geldt ook voor de beperking op groepsvorming. Dit betekent dat het niet langer verboden is om zich buiten met meer dan vier personen in groepsverband op te houden. Ook vervallen de beperkingen om in groepsverband te reserveren of placceren, of om in groepsverband te sporten. Ook vervalt het groepsvormingsverbod van maximaal 50 personen in besloten binnenruimten. Gelet op de veiligeafstandsnorm, betekent dit dat de maximale capaciteit van een ruimte of zaal in een publieke plaats of bij een evenement, waar sprake is van placering, feitelijk door die veilige afstand bepaald wordt. Voor ongeplaccerde activiteiten (zoals doorstroomlocaties) geldt een aanvullende norm van één persoon per 5 m<sup>2</sup> oppervlakte van de activiteit. Dit om ook daar anderhalve meter afstand te kunnen houden.

De mondkapjesplicht voor publieke binnenruimten vervalt. De mondkapjesplicht blijft op basis van de adviezen van het OMT wel gelden in het voortgezet onderwijs, het openbaar vervoer, ander bedrijfsmatig personen vervoer en de luchtvaart. Dit is in aansluiting op internationale adviezen (ECDC) voor luchthavens en vliegtuigen. Dit betekent dat reizigers in het gehele OV-domein (zoals perrons, stations, winkels na de toegangshekjes, halteplaatsen en voertuigen) en op luchthavens en in vliegtuigen worden geacht een mondkapje te dragen. Overigens wordt de uitzondering op de veilige afstandsnorm voor personen op een luchthaven verbreed. De uitzondering geldt voor personen op de gehele luchthaven, voor zo ver zover zij hun activiteiten niet op gepaste wijze kunnen uitoefenen met inachtneming van de veilige afstand.

Voor zorglocaties, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en huisartsenpraktijken, blijft gelden dat zij op basis van de Wkkgz, zelf bepalen of het dragen van mondkapjes wel of niet noodzakelijk is.

Ten aanzien van zingen geldt dat vanaf stap 4 het dringende advies om in binnenruimten in groepsverbanden (zoals koren) niet te zingen, niet meer geldt. Ten aanzien van blazers geldt dat zij weer op anderhalve meter afstand mogen repeteren en optreden (eerder werd geadviseerd minimaal twee meter afstand te houden tussen blazers).

Het verbod om alcohol te verkopen na 22.00 vervalt, ook het verbod van het voorhanden hebben en drinken van alcohol na 22.00 in de openbare ruimte vervalt.

#### Evenementen

Met stap 4 wordt ook het evenementenverbod opgeheven. Het kabinet heeft besloten om op 30 juni de versoepelingen uit stap 4 ten aanzien van evenementen te zetten. Het kabinet komt hiermee tegemoet aan het verzoek van Veiligheidsberaad om stap 4 met betrekking tot de versoepelingen voor evenementen niet eerder dan 30 juni in te laten gaan, in verband met het proces voor het verlenen van evenementenvergunningen.

#### *Vanaf 26 juni*

In lijn met de versoepelde voorwaarden van de openstelling van publieke plaatsen, zoals eet- en drinkgelegenheden, bioscopen, beurzen, congressen, poppodia en stadions, worden vanaf 26 juni ook de voorwaarden voor de reeds toegestane evenementen die behoren tot de reguliere exploitatie van deze publieke plaatsen versoepeld. Hiermee worden bijvoorbeeld filmvertoningen met meer bezoekers mogelijk. Op deze locaties gelden de bezoekersnormen die vanaf stap 4 gaan gelden voor

geplaceerde settings (100% van de 1,5 meter capaciteit) of doorstroom settings (1 bezoeker per 5 m<sup>2</sup>).

Ook gelden er basismaatregelen en algemene voorwaarden voor openstelling, zoals implementatie van de 1,5 meter op locatie en het scheiden van stromen van bezoekers. Voor geplaceerde settings blijft bovendien een registratieverplichting en gezondheidscheck gelden. Indien het een sector is toegestaan om toegangsbewijzen in te zetten en dit ook daadwerkelijk wordt ingezet, dan kunnen exploitanten van evenementen binnen de reguliere exploitatie ook op 100% van de reguliere capaciteit plaatsvinden.

#### *Vanaf 30 juni*

Overige evenementen – die dus buiten de reguliere exploitatie van publieke plaatsen vallen – zijn pas vanaf 30 juni toegestaan. Over de voorwaarden die vanaf 30 juni voor evenementen zullen gelden, is uw Kamer reeds geïnformeerd in de brief van 11 juni 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1296). Dit om organisatoren van evenementen en vergunningsverleners tijdig zoveel mogelijk duidelijkheid te geven over de ruimte die er voor evenementen is. Voor geplaceerde evenementen geldt dat zonder toegangsbewijzen deze mogen plaatsvinden met honderd procent van de bezetting op 1,5 meter. Voor zogenaamde doorstroom evenementen geldt een norm van 1 persoon per 5m<sup>2</sup>. Mét toegangsbewijzen mogen geplaceerde en ongeplaceerde evenementen op honderd procent van de reguliere capaciteit openen.

Ten aanzien van meerdaagse evenementen met toegangsbewijzen heeft het kabinet besloten om in de eerste 4 weken na het zetten van stap 4 meerdaagse evenementen met overnachtingen enkel toe te staan voor een totale duur van maximaal 24 uur (waar dus een overnachting in kan zitten) en met een maximaal bezoekersaantal tijdens die 24 uur (inclusief de overnachting) van 25.000 personen. Na deze periode van 4 weken (vanaf 25 juli) is het kabinet voornemens om de beperking in de tijdsduur en het aantal personen te laten vervallen. Het kabinet is in gesprek met de sector over de wijze waarop het RIVM-advies om bij meerdaagse evenementen met overnachtingen, iedere 24 uur een hertest af te nemen, in de praktijk kan worden geïmplementeerd. Dit zal de komende weken in overleg tussen kabinet en sector worden uitgewerkt. Naar verwachting zal hier begin juli meer duidelijkheid over zijn.

Voor de details en overige voorwaarden voor evenementen die vanaf 30 juni weer toegestaan zijn, verwijs ik naar de brief van 11 juni 2021. Het Kabinet benadrukt dat vanzelfsprekend de lokale voorwaarden voor evenementen gelden, zoals een meldings- en vergunningsplicht. Daarbij kan beschikbare politie- en handhavingscapaciteit een rol spelen. Ditzelfde geldt voor de capaciteit van het openbaar vervoer.

Ter informatie is het gezamenlijk statement van het veiligheidsberaad over de inzetbaarheid van politie en hulpdiensten bij evenementen die aan de burgemeesters is verzonden, bijgevoegd<sup>6</sup>.

#### Onderwijs, jeugd en kinderopvang

Voor het nieuwe studiejaar in mbo en ho wordt aan onderwijsinstellingen gevraagd om opening voor te bereiden waarbij met ingang van 16 augustus onderwijs plaats kan vinden zonder de veilige afstandsnorm van 1,5meter voor studenten en medewerkers. Gelijktijdig wordt aan de

<sup>6</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

instellingen ook gevraagd, voorbereid te zijn op een minder gunstig scenario waarbij de veilige afstandsnorm niet kan worden losgelaten. Het voorgaande geldt ook voor de onderwijsgerelateerde introductieactiviteiten op de onderwijsinstelling.

Daarnaast is belangrijk dat studenten na vakantie en bij start van het nieuwe studiejaar zich testen met behulp van zelftesten. De studenten en medewerkers kunnen zelftesten bestellen en de instellingen wordt gevraagd aan nieuwe studenten bij de introductietijd en de start van het nieuwe studiejaar zelftesten aan te bieden en aan te moedigen dat de studenten 2 keer per week zichzelf testen.

Instellingen worden voor de zomervakantie voorzien van een voorraad testen zodat zij direct bij de start van het nieuwe schooljaar voldoende testen hebben om de eerste weken na start van het nieuwe schooljaar twee weken preventief te kunnen testen.

De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap informeert de instellingsbesturen in mbo, hbo en wo hierover in een separate brief over de geldende regels bij de start van het nieuwe studiejaar.

Het besluit over het loslaten van de veilige afstandsnorm in het onderwijs wordt op 13 augustus genomen.

Met het vervallen van de contactbeperkende maatregelen vanaf 26 juni geldt ook het advies tot cohortering van leerlingen in het funderend onderwijs en kinderen in de kinderopvang niet langer. Het betekent voor de kinderopvang dat zij niet langer met bubbels hoeven te werken, en dat BSO's tijdens de zomervakantie locaties kunnen samenvoegen. Voor scholen ontstaat bovendien meer ruimte om de activiteiten te organiseren waar zij normaal het schooljaar of de schoolperiode voor leerlingen mee zouden afsluiten, zolang de basisregels worden gevolgd. Dit betekent dat diploma-uitreikingen en schoolmusicals op school doorgang kunnen vinden in het bijzijn van ouders, zolang de basisregels in acht worden genomen. Het organiseren van schoolkampen en excursies wordt niet langer afgeraden, mits deze worden georganiseerd in lijn met de basisregels en de specifieke richtlijnen voor accommodaties en gelegenheden worden gevolgd.

Ten aanzien van jongerenkampen voor kinderen vanaf 13 jaar geldt dat met het vervallen van artikel 6.12 van de Trm in stap 4 geen maximum meer geldt voor het aantal kinderen dat samen in een groepsaccommodatie kan verblijven. Door dit laatste te verhelderen geef ik opvolging aan een verzoek van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid van 9 juni jongstleden.

#### Eet- en drinkgelegenheden

Ook de voorwaarden die gelden voor de openstelling van eet- en drinkgelegenheden worden versoepeld en de meeste beperkingen vervallen. Uitgangspunt is dat bij het bezoek aan een eet- en drinkgelegenheid kan worden volstaan met de veiligeafstandsnorm. Het is de beheerder toegestaan de eet- en drinkgelegenheid inclusief het (buiten-)terras geopend te hebben voor publiek indien het bezoek op zodanige wijze wordt geplaatst (zitplaatsen) dat het publiek op de veilige afstand van elkaar kan plaatsnemen. De veiligeafstandsnorm geldt niet voor personen die op een terras in de buitenlucht behorende bij een eet- en drinkgelegenheid aan weerszijden van een tussen zitplaatsen geplaatst kuchscherp zitten. Voor sluitingstijden, afhaal én bezorgtijden en het verbod op verkoop van alcohol in publieke plaatsen en het verbod op het gebruiken en het voor consumptie gereed hebben van alcohol in openbare plaatsen zijn geen specifieke regels meer gesteld. Amusement binnen in de eet- en drinkgelegenheden en op en rondom het terras is

toegestaan conform de gebruikelijke lokale regelgeving. Tv-schermen binnen en buiten mogen dan ook weer.

Zelfbediening is weer toegestaan mits de beheerder zorg draagt dat de veilige afstandsnorm wordt nageleefd zoals beschreven in de protocollen van de horeca-sector. Ook is het weer toegestaan om geplaatst te worden aan de bar of een kansspelautomaat.

Dansvoorzieningen (zoals discotheken en dancings) kunnen worden geopend met de inzet van corona toegangsbewijzen. Dansgelegenheden en overige eet- en drinkgelegenheden die gebruik maken van corona toegangsbewijzen zijn uitgezonderd van de placeringsplicht en de veiligeafstandsnorm.

Met het nemen van stap 4 acht het kabinet tevens te hebben voldaan aan de motie Den Haan c.s. om te bezien of de capaciteit van terrassen nog binnen stap 3 kan worden verhoogd naar 100%.<sup>7</sup>

#### Sport- en kunst en cultuur

Alle sportwedstrijden zijn weer toegestaan. Ook zijn op sportlocaties weer toeschouwers welkom, voor zowel topsport- als amateursportbeoefening. Hierbij dient publiek geplaatst te worden met een maximum van 100% van de capaciteit van de locatie met inachtneming van de veilige afstand.

Voor de voorwaarden die gelden na afloop van de sportbeoefening is in de regel bepaald waar de betreffende plaats in hoofdzaak op is gericht. Voor plaatsen met meerdere functies geldt dat de voorwaarden voor die specifieke functie worden gehanteerd. Zo gelden voor bijvoorbeeld toernooien de regels voor evenementen en gelden in de sportkantine de regels voor eet- en drinkgelegenheden.

In lijn hiermee geldt dat het ook weer is toegestaan publiek als toeschouwer toe te laten bij de beoefening van kunst en cultuur door amateurs. Ook hier geldt een maximum aantal van 100% van de capaciteit van de locatie op 1,5 meter.

#### *Reizen*

##### *Aanpassing inreisbeleid per 1 juli 2021*

Met dalende incidentiecijfers, een snel dalende ziekenhuisbezetting en een toenemende vaccinatiegraad in heel Europa wordt reizen steeds meer mogelijk. Na een voorlopig politiek akkoord op de Europese verordening Digitaal Covid Certificaat op 20 mei jl. dat op 14 juni jl. officieel is bekrachtigd, heeft de Europese Commissie op 31 mei jl. een voorstel gepresenteerd voor herziening van Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie. Op 8 juni jl. heeft uw Kamer een Kabinetsappreciatie ontvangen over dit voorstel<sup>8</sup>. Op 14 juni jl. heeft de Raad de herziene Raadsaanbeveling aangenomen. Tijdens de onderhandelingen heb ik mij er hard voor gemaakt de inreisregels in Europa zo veel als mogelijk op elkaar af te stemmen en met andere lidstaten af te spreken geen disproportionele maatregelen te nemen die het vrije verkeer belemmeren. Na een lange periode met maatregelen zijn we toe aan versoepelingen en daaraan gekoppeld aan vakantie, waar dat verantwoord is. Dat kan gezien de huidige situatie ook. De herziene Raadsaanbeveling is een goede stap om tot Europese coördinatie van

<sup>7</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1265.

<sup>8</sup> Kamerstukken 25 295 en 22 112, nr. 1288.

inreismaatregelen te komen, om zo een lappendeken aan maatregelen te voorkomen. Nederland is van mening dat lidstaten ruimer zouden kunnen omgaan met de criteria om een land als veilig te bestempelen en geen maatregelen zouden moeten treffen tegen reizigers uit gebieden die als «veilig» geclassificeerd worden. Voorts wil Nederland dat de vaccinatiegraad in de nabije toekomst mee gaat wegen in de inschatting van het risico van een land die het ECDC maakt. Tijdens de Europese Gezondheidsraad in Luxemburg op 15 juni jl. heeft Nederland zich hard gemaakt voor deze punten en ingezet op een spoedige herziening van deze Raadsaanbeveling. Voor het deelverslag van de Europese Gezondheidsraad verwijs ik u naar de paragraaf *Deelverslag formele EU gezondheidsraad van 15 juni 2021*.

Na het politieke akkoord op de Raadsaanbeveling is het nu aan de Europese lidstaten zelf om hier nationaal invulling aan te geven. Het Kabinet is voornemens het nationale inreisbeleid zoveel mogelijk in lijn te brengen met de Europese Raadsaanbeveling en de aanbevelingen ruim uit te leggen waar dat kan. Hierbij wil ik inzetten op eenvoudig beleid waarbij geen eisen worden gesteld aan reizigers uit veilige gebieden.

In de Raadsaanbeveling staat dat wanneer een lidstaat groen kleurt op de kaart van het ECDC, een reiziger uit dit land geen DCC of een ander bewijs zou hoeven te tonen bij inreizen. Voor de categorie landen met kleurcode oranje op de ECDC-kaart, kunnen lidstaten zelf bepalen of ze van reizigers een DCC vragen (nationaal geel reisadvies). Voor reizigers uit landen met een rode kleur op de ECDC kaart, wordt lidstaten geadviseerd maatregelen verplicht te stellen. Reizigers uit deze gebieden dienen dus in ieder geval een DCC of een ander bewijs te kunnen tonen (nationaal oranje reisadvies). Bij een incidentie van boven de 500 besmettingen per 100.000 inwoners over de afgelopen 14 dagen (kleurcode donkerrood op de ECDC kaart) zouden lidstaten reizen moeten ontraden en een testbewijs en quarantaine moeten eisen van reizigers uit deze gebieden, ongeacht of deze reizigers volledig zijn gevaccineerd of een herstelbewijs kunnen tonen binnen de kaders van het DCC. Dit geldt ook voor landen met verspreiding van een zorgwekkende variant (nationaal oranje reisadvies).

Het kabinet heeft besloten de aanwijzing van hoogrisicogebieden waar maatregelen voor gelden, en de hieruit volgende reisadviezen, op deze Raadsaanbeveling aan te laten sluiten om zo de Europese harmonisatie te bevorderen. Op dit moment geldt voor reizigers een testverplichting wanneer ze uit een gebied reizen waar de incidentie boven de 150 per 100.000 inwoners over de afgelopen 14 dagen ligt. Deze grens voor hoogrisicogebieden trekken we op tot 200<sup>9</sup>. Op deze manier sluiten we aan bij de drempelwaarden van de Raadsaanbeveling, en wordt het reizen tussen veilige gebieden zo eenvoudig mogelijk gemaakt. Hierbij wordt een ruime invulling van de Europese Raadsaanbeveling gegeven en wordt ervoor gekozen geen maatregelen te treffen, waaronder het vragen van een DCC, aan reizigers uit gebieden die groen of oranje kleuren op de ECDC-kaart (nationaal groen of geel reisadvies). Niet noodzakelijke reizen naar gebieden met een incidentie van boven de 200 worden ontraden en blijven dus nationaal een oranje reisadvies houden, ook als reizigers daar met een DCC naar toe zouden kunnen reizen. Bij de beoordeling van het risico in andere landen houdt Nederland naast de incidentie ook rekening met andere criteria, zoals de trend in het aantal besmettingen.

Op dit moment geldt voor reizigers uit hoogrisicogebieden een testverplichting. Deze NAAT/PCR-test mag maximaal 72 uur voor inreis zijn afgenomen. Dit geldt voor alle vervoersmodaliteiten. Als alternatief voor

<sup>9</sup> Deze drempelwaarde is afhankelijk van het vindpercentage in een land.

de NAAT-test kan vanaf 1 juli ook gekozen worden voor een antigeentest van maximaal 48 uur oud bij aankomst in Nederland. Deze testuitslag kan getoond worden als onderdeel van het DCC. Ook op dit punt geeft Nederland een ruime invulling aan de Raadsaanbeveling. De Raadsaanbeveling laat lidstaten de keuze om beide testen te accepteren, of één van beiden. Kinderen tot en met 11 jaar zijn uitgezonderd op de testverplichting, in lijn met de Raadsaanbeveling.

Daarnaast zal per 1 juli 2021 een uitzondering gelden voor reizigers uit de Europese Unie op de testverplichting, wanneer zij in het bezit zijn van een vaccinatiebewijs of een herstelbewijs. Dit betekent dat per 1 juli reizigers uit hoogrisicogebieden kunnen inreizen met een DCC, op basis van een testbewijs, vaccinatiebewijs of een herstelbewijs. Voor deze reizigers zal het dringend advies tot quarantaine vervallen wanneer zij uit een hoogrisicogebied naar Nederland zijn gereisd. Reizigers uit hoogrisicogebieden buiten de Europese Unie worden uitgezonderd op de testverplichting wanneer zij in het bezit zijn van een vaccinatiebewijs. Ook voor hen zal het dringend advies tot quarantaine vervallen. Voor reizigers komend uit een zeer hoogrisicogebied blijft de testverplichting en de quarantaineplicht van 10 dagen van kracht. Wanneer de reiziger zich op dag vijf laat testen bij de GGD en de test negatief is, eindigt de quarantaine. Voor reizigers die per vliegtuig of veerboot vertrekken vanuit een land met verspreiding van een zorgwekkende variant blijft een additionele sneltestverplichting van kracht.

Vaccinatiebewijzen worden geaccepteerd wanneer sprake is van volledige vaccinatie. In het geval van Janssen dus na 1 prik, bij andere vaccins veelal twee prikken. Indien iemand reeds een coronabesmetting heeft doorgemaakt, voldoet 1 vaccinatie. Hierbij maakt het vooralsnog niet uit wanneer de persoon besmet is geraakt. De vaccins moeten geregistreerd zijn bij de EMA of de WHO Emergency Use Listing. Het vaccinatiebewijs wordt geaccepteerd direct na de laatste aanbevolen prik. We roepen ook andere landen op om dit te doen. Nederland accepteert geen vaccinatiebewijzen op basis van 1 prik als er twee nodig zijn.

Samenvattend resulteren deze aanpassingen van het inreisbeleid in de onderstaande wijzigingen voor aangewezen gebieden. Voor niet-aangewezen gebieden gelden geen maatregelen. Dit zijn gebieden met een groen of geel reisadvies. Reizend vanuit deze gebieden is dus ook geen DCC nodig.

#### *Hoogrisicogebieden (oranje reisadvies)*

Voor aangewezen hoogrisicogebieden geldt een testplicht, waarbij een keuze gemaakt kan worden tussen een NAAT-test van maximaal 72 uur oud óf een antigeentest van maximaal 48 uur oud bij aankomst. Personen tot en met 11 jaar zijn uitgezonderd van de testplicht. Vanaf 1 juli is het ook mogelijk om met een vaccinatiebewijs (al dan niet in DCC vorm) vanuit een hoogrisicogebied te reizen. Voor reizigers uit de Europese Unie is het ook mogelijk met een herstelbewijs (al dan niet in DCC vorm) vanuit een hoogrisicogebied te reizen. Het dringend advies tot quarantaine vervalt voor hoogrisicogebieden.

#### *Zeerhoogrisicogebieden vanwege hoge incidentie (oranje reisadvies)*

Voor aangewezen zeerhoogrisicogebieden, die aangewezen zijn als gevolg van een zeer hoge incidentie, geldt een test- en quarantaineplicht. Ten aanzien van de testplicht geldt ook hier dat een keuze gemaakt kan worden tussen een NAAT-test van maximaal 72 uur oud óf een antigeentest van maximaal 48 uur oud bij aankomst. Personen tot en met

11 jaar zijn uitgezonderd van de testplicht. Het testbewijs kan worden getoond in DCC vorm. Voor deze gebieden is een vaccinatiebewijs of herstelbewijs geen uitzondering op de test- of quarantaineplicht.

#### *Zeelhoogrisicogebieden vanwege virusvariant (oranje reisadvies)*

Voor aangewezen zeelhoogrisicogebieden, die zijn aangewezen als gevolg van de aanwezigheid van een zorgwekkende variant van het coronavirus, geldt een test- en quarantaineplicht. Ten aanzien van de testplicht geldt ook hier dat een keuze gemaakt kan worden tussen een NAAT-test van maximaal 72 uur oud óf een antigeentest van maximaal 48 uur oud bij aankomst. Daarnaast geldt een antigeentestverplichting van maximaal 24 uur oud voor aan boord gaan van het vliegtuig of de veerboot. Personen tot en met 11 jaar zijn uitgezonderd van de testplicht. Het testbewijs kan worden getoond in DCC vorm. Voor deze gebieden is een vaccinatiebewijs of herstelbewijs geen uitzondering op de test- of quarantaineplicht.

#### *EU inreisverbod*

Op 21 mei jl. is politiek akkoord bereikt op de herziening van Raadsaanbeveling 2020/912 over de tijdelijke beperking van niet-essentiële reizen naar de Europese Unie (EU) en de mogelijke opheffing van die beperking. In deze Raadsaanbeveling wordt gesteld dat reizigers uit derde landen uitgezonderd zouden moeten worden op het EU-inreisverbod wanneer zij volledig gevaccineerd zijn en wanneer de lidstaat zelf versoepelingen toekent aan gevaccineerde Europese reizigers. Dit geldt ook voor minderjarigen die meereizen met hun gevaccineerde ouders. Het Kabinet heeft het voornemen om vanaf 1 juli deze aanbeveling over te nemen en deze reizigers uit te zonderen van het Europees inreisverbod. Voor niet-gevaccineerde derdelanders blijft het EU-inreisverbod onverkort gelden. Ook zal deze uitzondering niet gelden voor reizigers uit gebieden met verspreiding van een zorgwekkende variant.

Daarnaast hebben de Europese lidstaten op 16 juni besloten om het EU-inreisverbod voor niet essentiële reizen van ingezetenen van Albanië, Libanon, Noord Macedonië, Servië, Taiwan en Verenigde Staten op te heffen. Daarnaast hebben de EU-lidstaten besloten dat voor Hongkong en Macau de reciprociteitsvereiste komt te vervallen.

Een land of gebied kan uitgezonderd worden van de inreisbeperkingen indien in de voorafgaande 14 dagen de besmettingsgraad onder 75 per 100.000 inwoners ligt over de afgelopen 14 dagen en wanneer sprake is van een stabiele of dalende trend. Daarnaast wordt de aard van het virus in acht genomen, met name de aanwezigheid van zorgelijke varianten, als ook het aantal uitgevoerde tests. Het percentage positieve tests, de algemene respons van het land op COVID-19 en de beschikbare informatie en de betrouwbaarheid daarvan. Het aantal besmettingen in de betreffende landen ligt onder de door de EU vastgestelde drempelwaarde. Ook is de trend ten aanzien van het aantal nieuwe besmettingen in deze landen en gebieden gedaald. De implementatie van dit besluit is aan de lidstaten. Nu de epidemiologische situatie in de EU en in Nederland verbeterd is, ziet het kabinet ruimte om maatregelen op verantwoorde wijze te versoepelen. De epidemiologische situatie in Albanië, Libanon, Noord Macedonië, Servië, Taiwan en Verenigde Staten wordt voldoende veilig geacht om inreizen vanuit deze landen en gebieden weer toe te staan. Hongkong en Macau waren reeds epidemiologisch veilig bevonden, maar het EU-inreisverbod was nog niet opgeheven in verband met de reciprociteitsvereiste. In dat verband heeft het kabinet besloten dat het inreisverbod naar Nederland voor reizigers met bestendig verblijf in Albanië, Libanon, Noord Macedonië, Servië, Taiwan, Verenigde Staten, Hongkong

en Macau per 24 juni 2021 (00.01 uur) wordt opgeheven. Hiermee zal ook de testverplichting en het dringend advies tot quarantaine voor reizigers uit deze landen en gebieden komen te vervallen.

De versoepeling van de inreisbeperking heeft ook invloed op de reisadviezen voor de betreffende landen en gebieden. Of de kleurcode van het reisadvies wordt aangepast hangt naast de epidemiologische en veiligheidssituatie ook af van eventuele inreisvoorwaarden die deze landen en gebieden hebben voor Nederlanders. De tekst van de reisadviezen wordt hoe dan ook aangepast zodra het inreisverbod van deze landen en gebieden formeel op 24 juni wordt opgeheven.

#### *Reisadvies Duitsland*

De aangenomen motie van het lid Van den Berg<sup>10</sup> verzocht de regering op zo kort mogelijke termijn te bekijken of het reisadvies voor Duitsland aangepast kon worden. Uit het eerstvolgende RIVM-advies op 7 juni jl. bleek dat de situatie in Duitsland dusdanig was verbeterd dat het weer veilig was om Duitsland niet langer aan te wijzen als hoog risicogebied. Op 10 juni jl. is daarom de kleurcode van het reisadvies naar geel gegaan.

#### *Vliegverboden*

Op 11 juni is uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de motie van het lid Paternotte c.s. om de vliegverboden te heroverwegen voor bepaalde zeer hoogrisicogebieden waar zorgwekkende varianten heersen zoals India.<sup>11</sup> Hierbij informeer ik uw Kamer over de afweging van het kabinet, zoals de motie verzoekt.

#### Handhaving quarantaineplicht

De motie Paternotte verwijst naar het OMT-advies dat adviseert om de vliegverboden op te heffen. Het OMT merkt daarbij op dat de verplichte quarantaine dan uiteraard strikte opvolging moet krijgen.<sup>12</sup> De quarantaineplicht geldt voor zeerhoogrisicogebieden. Dat zijn gebieden met ofwel een zeer hoge incidentie (meer dan 500 besmettingen per 100.000 inwoners over de afgelopen 14 dagen), ofwel waar een zorgelijke virusvariant veel voorkomt of waar de surveillance niet op orde is. In de handhaving heb ik besloten binnen deze landen de nadruk te leggen op landen waar een zorgelijke virusvariant zeer veel voorkomt. Daarom bellen de belteams op dit moment 100% van de reizigers uit deze gebieden na. Het gaat dan concreet om reizigers uit India, Brazilië, Argentinië en Zuid-Afrika. Eerder in deze brief ben ik ingegaan op de handhaving van de quarantaineplicht.

#### Reikwijdte vliegverboden

Het kabinet blijft van mening dat een vliegverbod een disproportionele maatregel is voor bepaalde groepen reizigers, en daarbij vaak ineffectief is. De vliegverboden die golden betekenden niet dat er geen vluchten plaats mochten vinden, maar dat bepaalde groepen reizigers geen gebruik mochten maken van deze vluchten. Vanwege het EU-inreisverbod – sinds maart 2020 – mogen personen van buiten de EU/Schengen niet naar Nederland, of een ander EU-land, reizen. Alleen als een reiziger op dit verbod uitgezonderd is, mag het grondgebied van de Europese Unie betreden worden.

<sup>10</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1250.

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1245.

<sup>12</sup> 115<sup>e</sup> OMT-advies, bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1276.

De vliegverboden hielden slechts een beperkte groep reizigers tegen die wél uitgezonderd zijn op het EU-inreisverbod, maar vanwege een vliegverbod niet naar Nederland zouden mogen reizen.

Een vliegverbod geldt alleen voor directe vluchten uit een bepaald land. Een reiziger kan dus ofwel via een andere route (met tussenstop) naar Nederland vliegen, of kan op een van onze buurlanden vliegen en vervolgens naar Nederland reizen. Op dit moment hebben binnen de EU alleen Duitsland, Italië, Oostenrijk en Spanje vliegverboden voor verschillende landen. Het overgrote deel van de Europese landen heeft dus geen vliegverboden, waardoor dit middel onvoldoende effectief is. De verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden maakt geen onderscheid naar woonplaats, en geldt voor reizigers ongeacht hun reisroute of de modaliteit waarmee zij reizen en is dus effectiever.

Bovenop het EU-inreisverbod en de verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden geldt voor reizigers een dubbele testverplichting. Een reiziger die vanuit een gebied met een zorgwekkende variant naar Nederland wil reizen, dient zowel een negatieve NAAT-test van 72 uur oud, (of vanaf 1 juli alternatief een negatieve antigeen-testuitslag van maximaal 48 uur oud) te tonen aan de vervoerder, en daarnaast een negatieve antigeentestuitslag van maximaal 24 uur oud te tonen aan de vervoerder. Op de luchthaven wordt hier door de veiligheidsregio ook nog steekproefsgewijs op gecontroleerd.

#### OMT-advies vliegverboden

In het licht van deze informatie heb ik het OMT opnieuw om advies gevraagd of het nodig is om vliegverboden in te stellen. De huidige epidemiologische situatie geeft volgens oordeel van het OMT geen aanleiding voor het opnieuw instellen van vliegverboden. Via transport over land (na een vlucht naar Europa) kan immers anders alsnog verspreiding in Europa optreden, ook naar de landen die zelf een vliegverbod hebben. Ook wijst het OMT erop dat er zoveel uitzonderingen zijn voor wie op het vliegverbod van toepassing is, dat een introductie van VOC's met een vliegverbod niet kan worden voorkomen.

#### *Deelverslag formele EU gezondheidsraad van 15 juni 2021*

Op 15 juni jl. vond de formele EU gezondheidsraad plaats in Luxemburg. Het Portugese voorzitterschap meldde dat onder de hamerpunten van het sociale zaken gedeelte van de Raad Werkgelegenheid, Sociale Zaken, Consumentenzaken en Volksgezondheid van 14 juni jl. de herziening van de Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19 pandemie met gekwalificeerde meerderheid was aangenomen. Nederland heeft zich met enkele andere lidstaten onthouden van stem.

#### Beleidsdebat COVID-19

Lidstaten gaven inzicht in de implementatie van het Digitaal COVID-19 Certificaat (DCC) dat in verschillende lidstaten al wordt uitgegeven en in sommige lidstaten ook gekoppeld is aan nationaal gebruik. Lidstaten signaleerden uitdagingen op het vlak van de verificatie van het DCC bij transporthubs en grenzen en de erkenning van vaccinatiebewijzen van derde landen.

Diverse lidstaten, waaronder Nederland, gaven aan een groot voorstander te zijn van coördinatie bij de implementatie van DCC en de herziene Raadsaanbeveling 2020/1475. Nederland heeft voorts aandacht gevraagd

voor de verificatie van vaccinatiebewijzen van inreizende derdelanders. Nederland stond stil bij de veranderde situatie binnen de Unie; een stijgende vaccinatiegraad en een dalende druk op de zorg. Nederland gaf aan de Raadsaanbeveling als een richtinggevend kader te zien voor alle lidstaten op basis waarvan we reizen binnen de Unie weer verantwoord mogelijk kunnen maken. Hierbij pleitte Nederland voor het niet opleggen van maatregelen, waaronder een DCC, aan reizigers uit gebieden die als «veilig» kunnen worden gezien. In dat kader heeft Nederland gepleit voor het gebruik van vaccinatiegraad en ziekenhuiszetting als criteria voor de risicobeoordeling van landen. Nederland heeft daarbij aangegeven dat het huidige gebruikte vindpercentage een vertekend beeld geeft van het risiconiveau in een land. Het vindpercentage is sterk afhankelijk van het testbeleid van een land en de manier waarop testen worden geregistreerd. Ook riep Nederland lidstaten op in het kader van het DCC zowel NAAT- als antigentesten te erkennen en heeft Nederland aangegeven graag spoedig het gesprek te starten over het uitgeven van herstelbewijzen op basis van zowel NAAT-testen als antigentesten. Daarnaast heeft Nederland aangegeven het van belang te vinden dat er in Europees verband nagedacht wordt over het gebruik van vliegverboden. Hiermee geeft het kabinet uitvoering aan de motie van het lid Paternotte hieraan gaande.<sup>13</sup>

In het beleidsdebat en in bilaterale gesprekken met diverse lidstaten drong Nederland aan om te komen tot een herziening van de Raadsaanbeveling binnen enkele weken, zodat verdere verruiming van de toepassing van het DCC mogelijk is. Met het DCC en Europese afspraken over de inzet daarvan kan een lappendeken aan regels bij het reizen tussen de lidstaten zoveel mogelijk vermeden worden. Voorts gaf Nederland aan het van belang te vinden dat de vaccinatiegraad en ziekenhuisopname meegewogen worden in deze herziening. Dit pleidooi kreeg bijval van een aantal lidstaten.

In het beleidsdebat werd door andere lidstaten gepleit voor een internationale standaard voor vaccinatiebewijzen, ook op papier. Hierbij geldt dat samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van belang is.

Lidstaten meldden de positieve uitrol van vaccinatie-strategieën die ervoor zorgen dat kwetsbare groepen in de EU inmiddels goed beschermd zijn. Enkele lidstaten wezen op belang van vaccinatiedonaties aan derde landen. Ook werd de vraag opgeworpen over het erkennen van vaccinaties waar na een eerste dosis een ander type vaccin als tweede dosis wordt gebruikt.

Het Europees Centrum voor ziektepreventie- en bestrijding (ECDC) gaf een overzicht van de epidemiologische situatie en waarschuwde de versoeplingen niet te snel in te zetten als de epidemiologische situatie nog te fragiel is; een gebalanceerde benadering is het advies. De uitbraak van de delta variant is nog beperkt op vaste land van Europa. Het ECDC gaf aan bereid te zijn een nadere analyse te willen maken van de relevantie van het vindpercentage als indicator voor risicobeoordeling. Het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) gaf een overzicht van de erkende markttoelatingen en lopende verzoeken daartoe van COVID19 vaccins. En wees op virusvarianten en het belang dat vaccins hiervoor ook voldoende effectief moeten zijn.

---

<sup>13</sup> Kamerstuk 21 501-31, nr. 613.

Eurocommissaris Kyriakides benadrukte het grote belang van vaccineren en het volledig vaccineren, sequentieonderzoek naar varianten, de coördinatie van maatregelen en de ontwikkeling en (gezamenlijke) aankoop van COVID geneesmiddelen. Daarnaast werd het belang van het lering trekken uit de COVID-pandemie voor een toekomstig nieuw virus benadrukt.

#### *Coronabewijzen: EU Digitaal Corona Certificaat*

Om veilig binnen Europa te kunnen reizen, werk ik hard aan de implementatie van het Digitaal Corona Certificaat (DCC). Hierboven heb ik de Europese stand van zaken geschetst onder *Deelverslag formele EU gezondheidsraad van 15 juni 2021*. Voor de stand van zaken van de coronatoegangsbewijzen voor toegang tot evenementen e.d. in Nederland verwijs ik u graag naar de paragraaf Spoor 2 testen om de samenleving te openen. In deze paragraaf ga ik in op de meest actuele ontwikkelingen rond de implementatie van het DCC voor reizen binnen de EU. Verder ontvangt uw Kamer deze week een brief van de Minister van I&W waarin nader op testen voor reizigers wordt ingegaan. Daarin zal het kabinet ook ingaan op de te verwachten kosten en risico's alsmede de beheersing daarvan.

#### *Juridische grondslagen*

De Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling te bepalen of en zo ja, voor welke activiteiten en voorzieningen een toegangsbewijs verplicht is. Deze wet is op 1 juni in werking getreden. Op 5 juni zijn de wijzigingen van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19 in werking getreden waarmee coronatoegangsbewijzen worden ingezet voor eet- en drinkgelegenheden, voor kunst- en cultuurbeoefening of de vertoning daarvan en voor evenementen. Begonnen is met coronatoegangsbewijzen die gebaseerd zijn op negatieve testuitslagen. Genoemde wet biedt de mogelijkheid om deze bewijzen behalve op negatieve testuitslagen, ook te baseren op een voltooide vaccinatie of het herstel van een infectie van het coronavirus. Om daarvoor ook vaccinatiegegevens van het RIVM te kunnen gebruiken, is op 3 juni jl. bij uw Kamer ingediend de wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met enkele verbeteringen en preciseringen van de tijdelijke regels over de inzet van coronatoegangsbewijzen bij de bestrijding van het virus SARS-CoV-2.<sup>14</sup> Verder is de ministeriële regeling die nodig is voor coronatoegangsbewijzen op basis van vaccinatie of herstel op 11 juni jl. aan uw Kamer gezonden in het kader van de nahanprocedure. Inmiddels heeft uw Kamer het wetsvoorstel op 15 juni jl. aangenomen. Indien ook de Eerste Kamer instemt met het wetsvoorstel, kunnen de wet en de ministeriële regeling in de week van 21 juni in werking treden. Dan zullen coronatoegangsbewijzen ook op vaccinatie gebaseerd kunnen worden. Om uitvoeringstechnische redenen zullen coronatoegangsbewijzen op basis van herstel van een infectie met het coronavirus per 1 juli worden toegevoegd.

Per 1 juli 2021 treedt ook de verordening voor het DCC in werking. Deze verordening heeft rechtstreekse werking. Tijdens de voorbereidingen die worden getroffen voor de invoering van de verordening, is gebleken dat er nog enkele regels gesteld moeten worden voor de uitvoering van de verordening. De grondslag hiervoor is reeds opgenomen in de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen en wordt steviger verankerd met de bovengenoemde wijziging van de Wet publieke gezondheid. Vanwege de korte termijn tot inwerkingtreding van de verordening zal in eerste

<sup>14</sup> Kamerstukken 35 853.

instantie een ministeriële regeling worden vastgesteld met een looptijd van drie maanden. Het ontwerp van deze regeling is voor advies voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Binnen de termijn van drie maanden zal een algemene maatregel van bestuur tot stand gebracht worden.

### *Vaccinatiebewijzen*

In de brief aan uw Kamer van 28 mei jl.<sup>15</sup> is aangegeven dat het kabinet het medisch verantwoord acht om, naast testbewijzen, ook vaccinatie- en herstelbewijzen in te zetten, als onderdeel van de coronatoegangsbe- wijzen (in de week van 21 juni) en het DCC (per 1 juli). Dit besluit is gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad en het OMT.<sup>16</sup> Een vaccinatiebewijs is dus niet het enige middel om een coronatoegangs- bewijs of DCC te verkrijgen. Hiermee voldoe ik aan de motie van het lid Haga die uitsprekt dat er slechts sprake kan zijn van vrijwillige vaccinatie, dus dat een directe of indirecte vaccinatieplicht uitgesloten is, evenals dwang- of drangmaatregelen (Kamerstuk 35 807, nr. 38). Over hoe wordt omgegaan met vaccinatiebewijzen voor mensen die in het buitenland zijn gevaccineerd, kom ik in de volgende brief aan uw Kamer terug, zoals toegezegd in het wetgevingsoverleg op 14 juni jl.

### *Herstelbewijzen*

Herstelbewijzen voor het DCC worden afgegeven indien een eerdere besmetting is vastgesteld met een NAAT-test bij de GGD. De Europese verordening bepaalt dat herstelbewijzen op basis van positieve antigeen of een serologische test niet uitgegeven mogen worden. Als alleen een positieve antigeentest beschikbaar is, kan dus geen herstelbewijs worden afgegeven. Ik werk eraan om het ook mogelijk te maken om een positieve NAAT afgenomen door anderen dan de GGD om te kunnen zetten in een herstelbewijs. Dit betreft commerciële testaanbieders, maar ook zieken- huizen en huisartsen.

De geldigheidsduur van het herstelbewijs is 11 tot 180 dagen. Dit betekent dat een herstelbewijs wordt uitgegeven op basis van een positieve NAAT die niet langer dan 180 dagen geleden is afgenomen. Uitgifte van het herstelbewijs kan vanaf de twaalfde dag na de positieve NAAT.

### *Technische realisatie*

#### Informatiebeveiliging CoronaCheck

Aan het ontwerp van de CoronaCheck en CoronaCheck Scanner apps zijn hoge eisen gesteld onder andere op het vlak van privacy en security, zoals tijdens de technische briefing van 8 juni jl. ook met uw Kamer is gedeeld. Om ervoor te zorgen dat de informatieveiligheid goed geborgd is, wordt deze intensief bewaakt en onderzocht. Hiertoe hebben Securify en SECWATCH in februari en maart jl. al penetratietesten en een kwetsbaar- heden analyse uitgevoerd op de backend en broncode van de apps. De bevindingen hieruit toonden geen kritieke risico's en worden allemaal gemitigeerd. De constatering en aanbevelingen die gedaan zijn, vindt u terug in de bijlage.<sup>17</sup> De apps zullen ook in de komende periode doorlopend bewaakt en onderzocht worden.

<sup>15</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

<sup>16</sup> Zie kabinetsappreciatie, kamerstuk 25 295, nr. 1032.

<sup>17</sup> Zie «Security assessment Securify» en «Assessment rapportage SECWATCH».

Zoals ook in eerdere brieven uiteengezet, vindt het registreren van COVID-19-vaccinaties primair plaats in de bronsystemen van de uitvoerende partijen. Wanneer mensen toestemming hebben gegeven om hun data te delen met het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitorings-systeem (CIMS) van het RIVM, worden deze data aan CIMS doorgegeven.<sup>18</sup> Om een coronatoegangsbewijs of DCC te maken, zal de CoronaCheck app naast CIMS ook zoveel mogelijk andere bronsystemen van uitvoerende partijen aansluiten, zodat zoveel mogelijk mensen direct vanuit de app een bewijs kunnen maken. Eerder heb ik uw Kamer gemeld dat mogelijk ook vaccinatieregistraties bij huisartsen direct via CoronaCheck opvraagbaar zullen worden. De technologie van de meeste huisartsinformatiesystemen maakt directe aansluiting echter niet mogelijk. Hiervoor is een tijdelijke route via het Landelijk Schakelpunt (LSP) onderzocht die niet haalbaar is gebleken. In dit geval is namelijk sprake van een uitwisselingssysteem dat gegevens ongericht raadpleegbaar maakt. De toestemming die mensen hebben gegeven voor die beschikbaarstelling ziet op huisartswaarneming en niet op CoronaCheck, waardoor de gegevens niet voor dit doel mogen worden gebruikt. Hoewel er een juridische grondslag is voor het leveren van vaccinatiegegevens door huisartsen aan CoronaCheck, staat hier de technische wijze waarop die uitwisseling via het LSP zou worden vormgegeven de koppeling in de weg. Mochten bepaalde huisartsinformatiesystemen wel direct benaderbaar zijn voor CoronaCheck zal getracht worden met deze systemen alsnog een koppeling te realiseren. Voor situaties waarin geen gegevens kunnen worden opgehaald uit CIMS of een van de andere aangesloten bronsystemen wordt een apart webportaal gerealiseerd. Vanaf 1 juli kunnen zorgverleners, waaronder dus de huisartsen, voor deze groep mensen dan alsnog een DCC en coronatoegangsbewijs maken. Deze QR-code kan op papier worden gebruikt als ook alsnog in CoronaCheck worden ingeladen als digitaal bewijs.

### *Caribisch deel van het Koninkrijk*

Het merendeel van de inwoners van de Bonaire, Sint Eustatius en Saba (BES-eilanden) heeft geen BSN-nummer en daarom geen toegang tot een DigiD. Daarom zal voor hen een uitzonderingsroute worden gecreëerd. Dit betekent dat zij een bewijs bij hun vaccinatiezetter kunnen halen. De vaccinatiezetter zal door middel van het al eerdergenoemde webportaal dit bewijs kunnen genereren. Per medio juli kan de QR-code van het papieren vaccinatiebewijs ook worden ingelezen in de CoronaCheck app.

Curaçao, Aruba en Sint Maarten (CAS-landen) hebben ervoor gekozen om hun eigen app te ontwikkelen waarin DCC's gegenereerd kunnen worden die voldoen aan de Europese eisen. VWS faciliteert hen hierin. Voor alle Nederlanders in het Koninkrijk, en dus ook zij die op de BES-eilanden en in de CAS-landen wonen, streven de Staatssecretaris van VWS en ik naar een vereenvoudiging van het reizen en implementatie van het DCC op korte termijn.

### *Communicatie*

Er is een publiekscampagne rond het DCC voorbereid, die voor de inwerkingtreding van de EU verordening op 1 juli van start gaat, t.w. op 26 juni aanstaande. Daarin wordt de betekenis en werking van het DCC toegelicht en wordt de burger de weg gewezen naar de juiste plek voor het downloaden van de CoronaCheck app en het ophalen van de

<sup>18</sup> Zie voor de verdere stand van zaken m.b.t. CIMS registratie de paragraaf Vaccinaties.

vaccinatie-, test- of hersteldata. Ook de route naar een papieren coronabewijs maakt hier onderdeel van uit.

De campagne is een gezamenlijke inspanning van de departementen van VWS, BZ, EZK, IenW, BZK (ivm het gebruik van DigiD) en het NKC. Organisaties in de reisbranche en de vervoersbranche zijn hierin meegenomen. De campagne zal een breed bereik hebben, via radio, televisie, online kanalen, social media en jongerenmedia. Dit moet ervoor zorgen dat elke Nederlander op de hoogte is van het bestaan van het DCC en weet hoe te handelen indien men een DCC nodig heeft voor reizen of evenementbezoek. Laagdrempelige animaties en infographics zijn in voorbereiding.

Voor de burger moet alle informatie op een natuurlijke en zo toegankelijk mogelijke plek direct en snel beschikbaar zijn. Om dit mogelijk te maken hebben de afgelopen weken intensieve voorbereidingen plaatsgevonden. Doelen zijn: de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment; toegankelijk, begrijpelijk en gebruiksvriendelijk voor alle burgers.

In dit kader worden de publieke online platforms voor de reiziger nu voorzien van alle relevante informatie en van duidelijke adviezen, vragen en antwoorden. Centraal daarin staat NederlandWereldwijd/wijsopreis. Dat is voor velen de belangrijkste vraagbaak rond reizen. Daar kan men de meest actuele reisadviezen vinden. Daar wordt de informatie aan toegevoegd of men voor een bepaald land een DCC nodig heeft en of er aanvullende eisen bestaan aangaande een vaccinatie-, test- of herstelbewijs in dat land.

Ook [rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl) wordt ingericht om actuele informatie te kunnen opzoeken. Daarnaast worden ketenpartners, zoals reisorganisaties, luchthavens en vervoerders voorbereid op en betrokken bij het zo goed mogelijk kunnen informeren van de reiziger (of de bezoeker van een evenement) via hun eigen kanalen.

De publieke helpdesks voor vragen en knelpunten, i.h.b. +31-247247247 (de helpdesk van WijsopReis) en 0800-1351 (de helpdesk van de rijksoverheid) zijn opgeschaald om alle informatieverzoeken zo goed mogelijk af te handelen. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van extra capaciteit vanuit een alarmcentrale. Dat zal al het geval zijn vanaf 23 juni; d.w.z. tijdig voor de daadwerkelijke lancering.

De informatie bij de helpdesks wordt permanent ge-update aan de hand van de binnenkomende vragen. Zo sluiten we optimaal aan op de informatiebehoefte van mensen. Ook de helpdesks bij de eerdergenoemde ketenpartners zijn hierop aangesloten, zodat mensen op alle punten gelijk en eenduidig worden geïnformeerd. Een apart informatieproces wordt ingericht voor de inkomende, buitenlandse reiziger. Dat gebeurt in nauw overleg tussen BZ, EZK, VWS en het Nationaal Bureau voor Toerisme en Congressen, NBTC.

Voorts zijn voorbereidingen getroffen om onverwachte situaties, zowel technisch als inhoudelijk, snel en adequaat het hoofd te kunnen bieden. Met extra opschaling indien noodzakelijk en het snel oplossen van nieuwe vragen, wanneer die zich voordoen.

Onder verantwoordelijkheid van mijn collega van Infrastructuur en Waterstaat en de vervoerders wordt het testen van reizigers vormgegeven. Communicatie daarover wordt eveneens tijdig ingericht. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ervaringen die eerder zijn opgedaan met testen voor toegang.

Tot slot wordt extra aandacht gegeven aan de communicatie met laaggeletterden en met mensen die moeite hebben met het gebruik van digitale instrumenten. Hier worden speciale animaties en instructies voor ontwikkeld. Ook de bestaande hulpstructuur digitale informatiepunten van de bibliotheken wordt benut.

### *Implementatie*

Bij de implementatie van het EU Digitaal Corona Certificaat zijn het Ministerie van BZK, BZ, EZK, IenW, JenV en VWS betrokken in nauwe samenwerking. Ten behoeve van vervoerders en anderen die controle op het DCC moeten uitvoeren, wordt een Coronacheck Scanner app in een basisfunctionaliteit op 18 juni opgeleverd (ten behoeve van inwerking-treding van het DCC op 1 juli), waarna de functionaliteit verder zal worden uitgebouwd. Met deze Scanner kunnen aangewezen controleurs het DCC uitlezen. Bovendien wordt met vervoerders regelmatig de laatste stand van zaken besproken en worden vragen en benodigdheden van de sector geïnventariseerd.

Binnen de werkgroep controle en handhaving automobilisten in de grensstreek, onder leiding van het Ministerie van JenV, is het bestaande handelingskader en draaiboek voor controle op de test- en quarantaine-verplichting aangepast voor toepassing op controle van het DCC. Dit zodat mobiele teams het inkomende autoverkeer kunnen controleren. De scanner app die hiervoor benodigd is wordt zoals gezegd op dit moment ontwikkeld.

### *Quarantaine*

Sinds 1 juni moeten alle reizigers uit zeer hoogrisicolanden verplicht in quarantaine en moeten zij een quarantaineverklaring bij zich hebben als ze Nederland inreizen, ook als ze uitgezonderd zijn van de quarantaineplicht. Deze verplichting geldt aanvullend op de plicht voor reizigers uit hoogrisicolanden (waar zeer hoogrisicolanden onderdeel van uitmaken) om een negatieve NAAT/PCR-testuitslag te hebben als ze Nederland inreizen. Aanvullend op deze verplichtingen geldt voor een bijzondere categorie van zeer hoogrisicolanden met zorgwekkende varianten van het virus SARS-CoV-2 tevens de eis om bij inreis een negatieve antigeen-testuitslag te hebben. Sinds het inwerking treden van de wet zijn een aantal wijzigingen gedaan in de Ministeriële Regeling. Voor een totaal-overzicht van wijzigingen in deze Regeling verwijs ik uw Kamer naar de bijlage van deze brief<sup>19</sup>.

Uw Kamer heeft mij verzocht in deze brief in te gaan op het recent verschenen artikel van Nieuwsuur over controle op de quarantaineplicht. In het bedoelde artikel wordt gesteld dat de controle niet waterdicht is. Bij de Kamerbehandeling van de wet quarantaineplicht heeft het kabinet al aangegeven dat waterdichte controle niet haalbaar is. Er is echter wel sprake van adequate controle en handhaving. Daarbij is het streven om ervoor te zorgen dat reizigers zich zo goed mogelijk aan de quarantaineplicht houden. Het gaat niet om het opleggen van zoveel mogelijk boetes. Dagelijks worden honderden reizigers nagebeeld en zijn handhavers en boa's bezig om de naleving van de wet te controleren en boetes uit te schrijven wanneer de quarantaineplicht wordt overtreden. Ik neem uw Kamer in deze paragraaf mee in de eerste resultaten van de handhaving.

---

<sup>19</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Zoals in mijn brief van 28 mei jl. is beschreven<sup>20</sup>, zijn voor de diverse vervoersmodaliteiten verschillende processen ingericht.

### Wegverkeer

Het aantal gebieden in Europa waarvoor een quarantaineplicht geldt, is sinds 1 juni sterk afgenomen. Dat feit heeft invloed op het aantal personen dat tijdens controlemomenten in het wegverkeer geen quarantaineverklaring bij zich hoeft te dragen.

De controles bij de grens voor het wegverkeer zijn gestart op 2 juni 2021. Tot en met 14 juni zijn er tijdens zes controlemomenten 142 voertuigen en 325 personen gecontroleerd. Van het aantal gecontroleerde personen behoorde 75% tot de uitzonderingen. Deze hadden voornamelijk betrekking op doorreisverkeer en dagelijks grensverkeer. Veertien procent kon de benodigde PCR-test of quarantaineverklaring overhandigen. Elf procent van de reizigers kreeg een waarschuwing. In de eerste twee weken na inwerkingtreding van de wet is een coulanceperiode gehanteerd waarin alleen is gewaarschuwd bij overtreding. Inmiddels worden ook boetes uitgeschreven.

### Georganiseerd vervoer

Vervoerders controleren op de aanwezigheid van de quarantaineverklaring. Tot nu toe betrof dit internationale treinen en luchtvaart, sinds 15 juni controleren ook ferry-vervoerders op de quarantaineverklaring vanwege de status van het Verenigd Koninkrijk als zeer hoogrisicogebied. Quarantaineverklaringen worden ingenomen door vervoerders en afgegeven aan de veiligheidsregio. De veiligheidsregio verwerkt de verklaringen en stuurt het deel dat nagebeld moet worden door naar het belteam.

Bij de binnengekomen vluchten uit zeer hoogrisicogebieden worden enveloppen met ingenomen quarantaineverklaringen opgehaald door de veiligheidsregio bij de gate. Het percentage vluchten uit zeer hoogrisicogebieden dat deze envelop dagelijks overhandigt, ligt inmiddels op 90%. Dat is nog onvoldoende, maar het is niet verrassend dat er enige inregeltijd nodig is voor de meer dan 100 luchtvaartmaatschappijen die naar Nederland vliegen. Ik spreek de luchtvaartmaatschappijen aan op hun verantwoordelijkheid en verwacht dat de uitvoering snel volledig in lijn zal zijn met de wet. Er zijn tot en met 15 juni 2.125 ingenomen quarantaineverklaringen verwerkt door het belteam van het Ministerie van VWS. De verwerkte verklaringen zijn allen nagebeld, tenzij het telefoonnummer niet (correct) was ingevuld. Iemand die om wat voor reden dan ook niet kan worden bereikt, wordt gemeld aan de gemeenten. Op basis van de ervaringen in de twee weken sinds inwerkingtreding kan worden geconcludeerd dat in 2 tot 3% van de gevallen het telefoongesprek aanleiding geeft om een melding te doen aan een gemeente van mogelijke niet naleving van de quarantaineplicht. Er zijn feitelijk 109 meldingen naar de gemeenten verstuurd. Het grootste deel van de gebelde reizigers geeft aan dat ze het telefoongesprek als prettig en ondersteunend ervaren. In bijna 20% van de gevallen was de betrokkene niet telefonisch te bereiken. Ook dit soort gevallen worden gemeld aan de toezichthouders bij de gemeenten. De gemeentelijke toezichthouder kan controleren of de betrokkene zich op het opgegeven quarantaineadres bevindt en zich aan de quarantaineplicht houdt. Er zijn nog geen systematische cijfers over de opvolging door gemeenten bekend. Wel krijg ik via diverse kanalen terugkoppelingen van sommige centrumgemeenten.

<sup>20</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

Daaruit blijkt dat er controles worden uitgevoerd en boetes worden opgelegd.

Op dit moment wordt een bredere monitor bijgehouden van alle processen van de quarantainewet. Ik zeg toe uw Kamer daarover in een volgende brief nader te informeren.

#### Ondersteuning quarantaineplicht

Op 3 juni 2021 opende GGD GHOR NL tussen aankomsthallen 3 en 4 een balie op Schiphol. Inreizigers kunnen daar alvast een testafpraak maken bij de GGD. Bij een negatieve uitslag kunnen zij de quarantaine van tien dagen verkorten tot vijf dagen. Het eerste beeld is dat de balie goed zichtbaar is voor inreizigers en veel reizigers met diverse vragen ontvangt. De eerste week is gebruikt als een proefperiode om de toeleiding van de reiziger naar de balie met de samenwerkende partijen te perfectioneren, o.a. door de flyer aan te passen. Tussen 3 en 10 juni 2021 zijn er ongeveer vijftig afspraken ter plekke gemaakt. Sommige inreizigers kiezen ervoor om niet ter plekke een afspraak te maken, maar om te bellen met de GGD. Daarvoor krijgen inreizigers bij aankomst een flyer mee om telefonisch een afspraak te maken via het Landelijk Callcenter van de GGD. Daarop staat dat de GGD meerdere talen ondersteunt. Bellers krijgen namelijk een optie om de afspraak in te plannen in het Nederlands, Engels of een andere taal. Deze tolkondersteuning wordt overigens ook aangeboden aan anderen dan inreizigers. Uit de talen waarvoor wordt gekozen kan voorzichtig worden geconcludeerd dat de tolkondersteuning tot nog toe het meest wordt benut door arbeidsmigranten. De balie en de tolkondersteuning zullen in de komende periode op Schiphol gericht onder de aandacht worden gebracht bij inreizigers, met name die komen uit zeer hoogrisicogebieden waar VOC's voorkomen.

De Quarantaine Reischek is live sinds begin januari jl. met als doel Nederlanders op een persoonlijker manier te informeren over wat er geregeld moet worden wanneer men (terug) naar Nederland reist (via een gepersonaliseerd reis- en quarantaineoverzicht). Van de gebruikers die feedback hebben gegeven (N=841) geeft 75% aan de website te scoren op (zeer) behulpzaam of neutraal. De Quarantaine Reischek is zichtbaar op verschillende plekken die reizigers kruisen. De tool wordt bijvoorbeeld gepromoot op Schiphol. Zie daarvoor de communicatieparagraaf van deze brief. Het aantal bezoekers groeit steeds verder: totaal nu 760.000. Er is een duidelijke toename te zien in bezoekersaantallen: in maart 86.000, in mei 260.000 en in de eerste 14 dagen van juni 240.000 bezoekers. De toename is te wijten aan veranderde reisadviezen per half mei 2021 en onlinecampagnes over de quarantaineplicht.

#### Arbeidsmigranten

Tijdens het debat over de quarantaineplicht voor inreizigers uit hoogrisicogebieden in de TK op 28 april jl. heb ik de toezegging gedaan aan mevrouw de Vries (VVD) dat ik met LTO in overleg zou gaan om te kijken of de afspraken over de invulling van de quarantaine door arbeidsmigranten die werkzaam zijn bij ondernemers in de land- en tuinbouw toereikend zijn (Kamerstuk 35 808, nr. 34). Haar zorg was met name dat het onpraktisch is voor een hoop bedrijven die werken met arbeidsmigranten om hen in quarantaine te laten gaan, terwijl zij woonachtig zijn op het erf van de ondernemer. Hierin zou ik het punt van zorg dat de heer Kwint (SP) naar voren bracht meenemen. Dit betrof de aandacht voor de scheiding van bed en baas en hoe er recht gedaan kan worden aan de quarantaineplicht die op werknemers rust. Daarnaast is toegezegd aan

mevrouw Simons en mevrouw Bikker om uit te schrijven hoe de Inspectie SZW hier mee om gaat.

Inmiddels heeft het gesprek met LTO plaatsgevonden, daarbij waren SZW en LNV, maar ook CNV en FNV aanwezig. In het gesprek is aan de orde geweest dat het belangrijk is dat de quarantaineplicht goed nageleefd wordt, conform de wet. Dat betekent dat de regels die op inreizigers van toepassing zijn, ook op arbeidsmigranten van toepassing zijn. Arbeidsmigranten komen in de regel niet uit zeer hoogrisicogebieden, dus voor hen geldt vaak geen plicht, maar een dringend advies. Arbeidsmigranten mogen net zoals bijvoorbeeld een gezin in clusters samen in quarantaine gaan, zolang er geen contact is met anderen. Werken tijdens de quarantaineperiode mag mits de arbeidsmigrant werkt op het erf waar hij ook verblijft. Reizen, bezoek ontvangen of afleggen etc. mag in deze periode niet. Het is dus tijdens de quarantaineperiode niet toegestaan om vanaf de verblijfplaats te reizen naar een ander stuk grond van de werkgever om daar te gaan werken. SZW heeft in het bovengenoemde gesprek extra aandacht gevraagd voor de arbeidsomstandigheden en huisvesting, die conform de regelgeving moet zijn georganiseerd door de werkgever. Het toezicht op arbeidsomstandigheden wordt regulier door de Inspectie SZW uitgevoerd, daarnaast voeren gemeenten het toezicht op huisvesting uit. Er wordt rondom de problematiek van arbeidsmigranten en COVID-19 samengewerkt binnen het samenwerkingsplatform arbeidsmigranten en COVID-19, wat functioneert onder het LOT-C.

De handhaving door gemeenten zoals deze voor inreizigers is ingeregeld, is ook van toepassing op arbeidsmigranten. Arbeidsmigranten zijn zelf verantwoordelijk voor het voldoen aan de quarantaineplicht. Hiermee doe ik de toezeggingen aan mevrouw de Vries en de heer Kwint af.

De gewijzigde motie van het lid Bikker c.s.<sup>21</sup> ziet op de verblijfplaats van arbeidsmigranten in brede zin. Deze motie verzoekt de regering, om werkgevers die arbeidsmigranten in dienst hebben, te wijzen op hun verantwoordelijkheid om een veilige quarantaineverblijfplaats te organiseren, en om waar dit ontbreekt naast de gebruikelijke sanctiëring door de Inspectie SZW te bevorderen dat deze arbeidsmigranten worden ondergebracht in een veilige quarantaineverblijfplaats, waarbij de kosten verhaald worden op de betreffende werkgever. Het kabinet zal dit punt in reguliere gesprekken met sociale partners naar voren brengen, omdat arbeidsmigranten op diverse plekken kunnen werken, om te bezien hoe uitvoering van de motie plaats kan vinden en een veilige quarantaineplek voor arbeidsmigranten geregeld kan worden. Specifiek voor het verhalen van de kosten van een aparte quarantaineverblijfplaats op de werkgever, bestaat geen wettelijke grondslag. Verder dient wel opgemerkt te worden dat het kabinet geen rol ziet voor de Inspectie SZW, daar zij geen rol heeft in het vraagstuk van de huisvesting van arbeidsmigranten tijdens de quarantaineperiode en/of het toezicht op quarantainelocaties van arbeidsmigranten (zie hierboven). Dit punt is wel expliciet besproken met de LTO in het bovengenoemde gesprek. Hiermee wordt de gewijzigde motie van lid Bikker c.s. afgedaan.

#### *Reflecties en aandachtspunten van de RIVM Corona Gedragsunit*

Iedere besluitvormingsronde wordt een brede uitvoeringstoets op het maatregelenpakket gedaan, waarbij ook een gedragsreflectie van de RIVM Corona Gedragsunit gevraagd wordt (zie passage SMER). Daarnaast is de Gedragsunit gevraagd te reflecteren op het naleven van de 1,5 meter maatregel bij verschillende scenario's en op het loslaten van de mondkap-

<sup>21</sup> Kamerstuk 35 808, nr. 35.

jesplicht. De Gedragsunit wijst op een aantal belangrijke aandachtspunten met het oog op de komende periode, inclusief de endemische fase en de overgang daarnaartoe:

- De overgangsfase vereist een nieuwe onderbouwing en een bijpassende communicatiestrategie: waarom moeten we ons aan welke maatregelen houden. Dit om het draagvlak voor de maatregelen te behouden.
- Communiceer tijdig over opschaling van maatregelen als infecties lokaal/regionaal weer stijgen. Werk daarin samen met experts en maatschappelijke stakeholders.
- Prioriteer effectieve maatregelen die mensen nog langere tijd vol kunnen houden.
- Blijf inzetten op het benadrukken van het belang van vaccinatie – ook bij groepen die minder goed bereikbaar zijn en minder vertrouwen hebben in de overheid.
- Zet in op het verhogen van de naleving van testen en quarantaine na reizen door de regelgeving en informatie simpel, logisch en makkelijk vindbaar te maken, door het belang van testen en quarantaine toe te lichten en makkelijker te maken.

*Kernbevindingen uit reflectie op de 1,5 meter maatregel:*

- Draagvlak voor het (langduriger) aanhouden van de basismaatregelen is onder een groot deel van de bevolking aanwezig. De 1,5 meter maatregel is de hoeksteen van het maatregelenpakket. Versoepeling van deze maatregel geeft waarschijnlijk het signaal af dat de pandemie voorbij is. Derhalve past deze versoepeling, zoals benoemd in openingsplan, bij stap 5.
- Opheffen van de 1,5 meter regel bij stap 5 van het openingsplan doet derhalve meer recht aan de behoefte aan een koersvast, consistent, en uitlegbaar beleid; en aan de roep voor enige traagheid in versoepeling om jojo effecten te voorkomen.

*Kernbevindingen uit reflectie op loslaten van de mondkapjesplicht:*

- Voor het draagvlak en naleving is het belangrijk dat helder gecommuniceerd wordt in welke situaties het dragen van een mondkapje wel en niet verplicht of geadviseerd is; en wat de effectiviteit is van het dragen van een mondkapje in die context om de verspreiding van het virus tegen te gaan (bijv. het OV waar men langere tijd op korte afstand van groepen mensen staat of zit).
- Voor situaties waarin het dragen van een mondkapje niet overtuigend bijdraagt aan het remmen van de verspreiding, bijvoorbeeld locaties waar 1.5 meter afstand gehouden kan worden, is het vanuit perspectief van rechtvaardigheid en vertrouwen in het overheidsbeleid zinvol om dit af te schaffen. De ervaring leert dat met verruiming van aantallen bezoekers aan locaties, de 1.5m onder druk kan komen te staan: drukte reguleren en zaken als loop routes zijn dan belangrijk.

De volledige reflecties van de RIVM Corona Gedragsunit met betrekking tot stap 4 van het openingsplan, de 1,5 meter maatregel en de mondkapjesplicht vindt uw Kamer in de bijlage<sup>22</sup>.

## **5. Overgangsfase van epidemie naar endemie**

De effecten van een snel toenemende vaccinatiegraad op de bestrijding van COVID-19, worden zichtbaar. De ziekenhuis- en IC-opnamen zijn sterk gedaald en ook het aantal besmettingen neemt af. Maatregelen kunnen steeds meer worden versoepeld. Daarmee zet Nederland grote stappen richting een volgende fase in deze epidemie, waarin we stap voor stap het

<sup>22</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

virus meer onder controle krijgen en deze uiteindelijk endemisch wordt. Op dat moment kunnen we terug naar een reguliere structuur van infectieziektebestrijding. In die situatie is het aantal besmettingen ongeveer constant en blijft op een relatief laag niveau. De bestrijding van infectieziekten leidt in veel gevallen niet tot het volledig uitroeien ervan. Wel zien we dat met de inzet van preventie- en vaccinatieprogramma's deze ziekten veelal goed beheersbaar zijn en daarmee endemisch worden. Ziektes als mazelen en polio houden onze samenleving niet meer in hun greep, doordat in het verleden én het heden de juiste maatregelen zijn genomen.

In het 116<sup>e</sup> en 117<sup>e</sup> advies geeft het OMT aan dat op basis van de huidige epidemiologische situatie en de snel toenemende vaccinatiegraad op korte termijn geen toename van het aantal infecties of ziekenhuisopnames te verwachten zijn. Het OMT geeft vervolgens aan dat de mate waarin het virus in Nederland na de zomerperiode tot individuele uitbraken, ziekenhuis- en IC-opname, en sterfte zal leiden afhankelijk is van verschillende factoren. Zo zal op de middellange termijn (nazomerperiode juli/augustus en daarna) veel afhangen van de grootte van het seizoens-effect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich tenminste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiode, en het besluit al dan niet kinderen van 12–17 jaar te vaccineren, en het al dan niet kunnen aanhouden van de bronmaatregelen en collectieve bestrijdingsmaatregelen. Met het oog op het reële scenario, zoals door OMT geschetst, dat in het komende najaar oplevingen zullen voordoen, zijn de volgende risicofactoren dus bepalend:

- Transmissieremming door vaccinatie;
- Mutaties die zich onttrekken aan vaccinatie;
- Afname antistoffen na vaccinatie en/of doorgemaakte infectie;
- Hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad;
- Introductie vanuit het buitenland door terugkerende reizigers.

Het is voor de komende periode daarom van essentieel belang een zo hoog en homogeen mogelijke vaccinatiegraad te bereiken. Het virus is voorlopig nog onder ons en dat leidt tot besmettingen met bijbehorend risico op Long Covid, langdurige ziekteverschijnselen als gevolg van een Covid-19 infectie. Naast een hoge incidentie en risico op Long Covid, is de incidentie ook nog niet laag genoeg om ons geheel vrij te kunnen bewegen binnen Europa. Delen van de samenleving waar de vaccinatiegraad relatief laag is, lopen daarbij een groter risico en het is denkbaar dat ook weer mensen met Covid-19 opgenomen moeten worden. Daarom is het van belang ook de incidentie naar beneden te krijgen tot 50 positieven per 100.000 inwoners per 14 dagen (EU-Raadsaanbeveling), met toenemende aandacht voor de vaccinatiegraad en hospitalisatie. In Nederland en veel landen krijgt het virus nu weliswaar minder ruimte, tegelijkertijd blijft er een reëel risico dat het virus later dit jaar weer opleeft door nieuwe varianten die zich mogelijk gaan onttrekken aan de huidige vaccinaties of in gemeenschappen waar de vaccinatiegraad achter blijft. Daartoe werkt Nederland, ook in EU-verband, mee aan COVID-19 Vaccines Global Access (Covax), geleid door CEPI en WHO, gericht op het zo snel mogelijk verhogen van de wereldwijde vaccinatiegraad.

In de bestrijding van COVID-19 hanteert het kabinet, zoals ik uw Kamer eerder heb geïnformeerd, vier doelstellingen: (1) een acceptabele belastbaarheid van de zorg, (2) het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving, (3) zicht houden op en inzicht hebben in de verspreiding van het virus en (4) het sociaal-maatschappelijk perspectief gericht op beperken van economische en maatschappelijke schade op korte termijn, aandacht voor structurele maatschappelijke en economische schade en voorkomen dat de lasten onevenredig neerslaan bij bepaalde groepen.

Met de dalende cijfers enerzijds en de sterk stijgende vaccinatiegraad anderzijds, komt het bereiken van de eerste twee doelstellingen in zicht. Medio juli zal iedereen boven de 18 jaar in Nederland die dat wil een eerste vaccinatie hebben ontvangen, afhankelijk van de leveringen van vaccins. De meest kwetsbare mensen in de samenleving hebben al de mogelijkheid gehad zich te laten vaccineren. Hiermee zijn zij in hoge mate beschermd tegen de gevolgen van het virus. Met deze steeds verder stijgende vaccinatiegraad wordt de samenleving als geheel steeds beter beschermd, ook voor degenen die vanwege gezondheidsredenen zich niet kunnen laten vaccineren. Tegelijkertijd is de druk op de zorg sterk gedaald. Dit heeft echter nog niet geresulteerd in een significante verlichting van de belasting bij zorgprofessionals, zoals blijkt uit een recente peiling van FMS & V&VN. Voor een uitgebreide uiteenzetting over het inhalen van de reguliere zorg, verwijs ik naar de brief die de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) op 26 mei aan uw Kamer heeft gestuurd. In de volgende fase blijft de derde doelstelling van groot belang. Door zicht op het virus en de verspreiding ervan te blijven houden, kunnen ervaringen en mogelijke nieuwe varianten tijdig worden gesignaleerd. Voor de laatste doelstelling is het van belang dat in deze fase de regie en verantwoordelijkheid weer wordt teruggelegd in de samenleving met goede ondersteuning vanuit de overheid, waarbij verhouding tussen overheid en samenleving normaliseert. Voorts wil ik vermelden dat de financiële besluitvorming ten aanzien van de inhoud van deze paragraaf nog moet plaatsvinden.

#### *OMT advies en lessons learned*

In het licht van de genoemde doelstellingen, de toenemende vaccinatiegraad en het epidemiologische beeld heb ik het OMT gevraagd te adviseren over de noodzakelijke voorbereiding voor het najaar en de winterperiode teneinde gereed te blijven staan voor een eventuele opleving van het virus en welke maatregelen eventueel op dat moment weer ingezet zouden moeten worden. Het OMT is tevens gevraagd onder welke epidemiologische (voor)waarden de resterende maatregelen losgelaten kunnen worden. Daarnaast heb ik mij in juni in een tweetal ronde tafelsessies laten adviseren door verschillende experts, waarbij de overgang naar een endemische fase en wat daarvoor nodig is centraal stonden. Deze sessies zijn de start van een reeks gesprekken met diverse partijen, onder andere op het terrein van wetenschap en uitvoering, die een sleutelrol hebben vervuld in de bestrijding van de crisis. Doel is om gezamenlijk te kijken wat nodig is voor de volgende fase om ervaringen van het virus beheersbaar te houden en herstel van maatschappij en economie mogelijk te maken. Daarmee geef ik tevens uitvoering aan de motie van de leden Van der Staaij en Paternotte<sup>23</sup>. Deze sessies zijn een opvolging van de reeks van gesprekken die in de zomer van 2020 zijn gevoerd met in totaal ruim 100 experts om de geleerde lessen van de eerste coronagolf op te halen. Over deze Lessons Learned is uw Kamer op 1 september 2020<sup>24</sup> geïnformeerd.

Het komende najaar is het een reëel scenario dat ervaringen zullen plaatsvinden. Het kabinet wil alles in het werk stellen om een (gedeeltelijke) sluiting van de samenleving te voorkomen. Dat doen we allereerst door intensieve monitoring, testen en vaccineren. Daarnaast zullen we alles in het werk stellen om mogelijke ervaringen, die lokaal plaatsvinden of geconcentreerd in een deel van de samenleving, zoals bijvoorbeeld binnen een bedrijf of bij jongeren, zo snel mogelijk te bestrijden. Daarvoor moet een goed instrumentarium klaar staan, zodat het kabinet snel en

<sup>23</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1261.

<sup>24</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 508.

adequaat kan handelen in samenwerking met GGD-en en Veiligheidsregio's. Dit geeft het OMT ook aan in het 116<sup>e</sup> en 117<sup>e</sup> advies. We moeten daarnaast ook voorbereid blijven op een doorbraak van een mutatie van het virus, die de bescherming door vaccinatie sterk doet verminderen. Ook in dat geval zullen we alles doen om (gedeeltelijke) sluiting te voorkomen, maar dat valt niet uit te sluiten. Ik ben voornemens op brede integrale wijze te reflecteren op de afgelopen periode, en te kijken wat de geleerde lessen betekenen voor de routekaart en de corona-aanpak, en uw Kamer hierover in september te informeren. Daarbij zal ik het OMT en de planbureaus om advies vragen en intensief afstemming organiseren binnen het Rijk en met de Veiligheidsregio's. Bij deze herziening worden de kennis en ervaring over de inzet van maatregelen en naleving daarvan, de sociaal maatschappelijke en economische effecten, handhaving en beschikbare instrumenten meegewogen. Evenals de opbrengsten uit de eerder genoemde rondtafelgesprekken met diverse experts. Ook zal ik de lessen en ervaringen van de afgelopen periode hierbij betrekken, zoals op basis van de ervaringen uit de tweede golf (najaar 2020) ook is gebeurd. Dat heeft geleid tot een omvangrijke herziening van de routekaart in februari 2020<sup>25</sup>, waarbij onder andere de mogelijkheid tot zowel op- als afschalen is toegevoegd, maatregelen ook op landelijk niveau afgekondigd konden worden en een verzwaring van de eerste stappen is doorgevoerd. Dat maakt dat sneller dan voorheen gehandeld kon worden en daarmee is kostbare tijd bespaard. Daarmee kom ik tegemoet aan het verzoek van het lid Bikker tijdens het debat van 3 juni jl. over een strategie en scenario's die toegepast kunnen worden, mocht het onverhoopt nodig zijn om lokale brandhaarden te blussen. Ook zal ik hierbij de motie van het lid Kuiken, die de regering verzoekt in overleg met wetenschappers een Intra Action Review (IAR) uit te laten voeren, betrekken (Kamerstuk 25 295, nr. 1283). Een COVID-19 Intra Action Review is een instrument van de WHO en bedoeld om specifieke onderdelen van de nationale COVID-19 respons-activiteiten te evalueren. Een dergelijke evaluatie biedt de mogelijkheid gerezen problemen te identificeren, de respons-activiteiten te verbeteren, en geleerde lessen te delen met de rest van de wereld. In mei 2021 zijn er in Nederland twee Intra Action Reviews uitgevoerd op de respons-pijler «Points of Entry», namelijk havens en luchthavens, waarbij alle schakels van de responsketen betrokken waren. Op dit moment lopen meerdere evaluaties over de aanpak van de Coronacrisis, onder meer door de Onderzoeksraad voor Veiligheid. In overleg met het RIVM is het voorstel om de eerste uitkomsten van deze onderzoeken af te wachten, en aan de hand van diens bevindingen eventueel een volgende Intra Action Review uit te voeren.

De volgende fase in de epidemie vraagt om een heroriëntatie op een aantal thema's, waarbij de vraag wat daarvoor nodig is centraal staat:

- Monitoring
- Testen en traceren,
- Vaccinatiestrategie,
- Maatregelen en benodigde instrumentarium,
- Rol OMT en opdrachtgeverschap RIVM,
- (langdurige) Zorg

Ik geef op de genoemde thema's aan wat (gedeeltelijk) afgeschaald kan worden en wat tijdelijk behouden moet blijven in geval het virus oploait. Vervolgens wordt toegelicht welke meer structurele stappen door het kabinet worden gezet om, voor de (middel)lange termijn, paraat te staan voor eventuele nieuwe pandemieën. Hierop is het kabinet door het OMT geadviseerd. Tot slot benoemt het kabinet met het oog op de samenhang

<sup>25</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 950.

kort wat in een bredere context verwacht kan worden wat betreft de aan deze fase verbonden maatschappelijke en economische opgaven en herstel.

### *Monitoring*

Monitoring heeft tijdens de crisis een belangrijke rol in het zicht houden op en inzicht houden in de verspreiding van het virus, de derde doelstelling van het Covid-19 beleid. Ook in de overgangsfase die we nu in en gaan en wanneer het virus op termijn endemisch wordt, blijft dit van belang. We houden zicht op het virus door te blijven testen bij klachten en bron-en contactonderzoek, (kiem) surveillance, analyses van het rioolwater en door analyse door het Nivel van uitslagen van onderzoeken die zijn afgenomen bij huisartsen.

Tevens zal het dashboard een belangrijke rol blijven vervullen ten behoeve van vroegsignalering en surveillance. In deze paragraaf licht ik toe hoe ik deze instrumenten de komende periode ga inzetten. In de paragraaf testen ga ik in op het beleid van testen bij klachten en bron-en contactonderzoek voor de komende periode.

### Kiemsurveillance

Met gebruik van (kiem)surveillance kan binnen de virusvarianten, waarvan de sequentie is bepaald, worden bekeken of varianten opkomen in Nederland. Steeds meer Nederlandse laboratoria dragen bij aan de Nationale Kiemsurveillance. In de afgelopen weken zijn ruim 1500 monsters per week gesequenced in het kader van kiemsurveillance.<sup>26</sup>

Met deze omvang wordt het mogelijk een nieuwe variant bij lage prevalentie en twee maanden voordat deze variant dominant wordt, in Nederland te detecteren in geval van toegenomen besmettelijkheid. Daarmee haalt het RIVM de ECDC-norm voor kiemsurveillance ruimschoots. Het ECDC adviseert om minimaal een aselecte steekproef van 500 monsters per week te sequencen om inzicht te krijgen in circulerende varianten. In aanvulling hierop worden door het RIVM en een aantal andere laboratoria aanvullend nog circa 500 sequenties per week bepaald in het kader van bron-en contactonderzoek en andere onderzoeken. Ook zijn steeds meer andere laboratoria betrokken, die sequentie-analyses uitvoeren voor kiemsurveillance en andere doeleinden. Het kabinet zal de huidige aanpak m.b.t. kiemsurveillance voorlopig voortzetten in 2021. Deze aanpak wordt rond eind juni op dashboard gepubliceerd.

### *Inzet van rioolwatermonitoring*

Een van de manieren om de verspreiding van het coronavirus te volgen, is door het rioolwater te onderzoeken. Dit wordt ook (nogmaals) onderstreept door het OMT (116<sup>e</sup>). In paragraaf 6 informeer ik uw Kamer over de algemene voortgang van het programma Nationale Rioolwatermonitoring. Hieronder beschrijf ik hoe ik het potentieel van deze methode wil benutten. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging van 3 juni jl. aan het lid Van den Berg. Rioolwatermonitoring voorziet, ook bij een lage prevalentie, in betrouwbare informatie ten behoeve van het vroegtijdig signaleren van een stijgende incidentie in een regio. Wanneer een besmet persoon nauwelijks of geen klachten ervaart, kan in het rioolwater alsnog de spreiding van het virus worden gedetecteerd, doordat virusdeeltjes worden uitgescheiden in de ontlasting. Tevens geeft rioolwatermonitoring, in aanvulling op de kiemsurveillance, inzicht in de aanwezigheid en geografische spreiding van een virusvariant. Daarnaast weten we, dankzij

<sup>26</sup> <https://www.rivm.nl/coronavirus-COVID-19/virus/varianten>.

onderzoeken die het afgelopen jaar zijn uitgevoerd, dat er een sterke correlatie bestaat tussen de rioolwatercijfers en de ziekenhuisopnames op het niveau van de Veiligheidsregio's. Ook is bij het grootschalig risicogericht testen in de gemeenten Bunschoten en Dronten gebleken, dat rioolwatercijfers positief gecorreleerd zijn met positieve testen.<sup>27</sup>

Kortom, rioolwatersurveillance kan een belangrijke bijdrage leveren aan het zicht houden op het virus en is een waardevol instrument ter aanvulling op humane surveillance, zeker wanneer de GGD teststraten verder worden afgeschaald als het virus endemisch wordt. Gelet hierop, heeft het RIVM wetenschappelijk onderbouwde signaalwaarden opgesteld, die meer duiding geven bij de rioolwatercijfers. Later dit jaar biedt dit de mogelijkheid rioolwatercijfers in te zetten bij het inschalen van regio's in de verschillende risiconiveaus (waakzaam, zorgelijk, ernstig, zeer ernstig). Ook zijn stappen gezet door het RIVM en de GGD'en om te komen tot een lokaal stappenplan, dat op lokaal niveau handelingsperspectief biedt.

De volgende stap is te onderzoeken hoe «precies» de vroegsignalering op lokaal niveau is. Zo moeten natuurlijke schommelingen, ook in relatie tot bijvoorbeeld ziekenhuisopnames, worden onderscheiden van «echte signalen». De verwachting is dat in het najaar de monitoring kan worden ingezet om eventuele lokale brandhaarden gericht en vroegtijdig op te sporen. Ten slotte heeft het RIVM op basis van de verzamelde gegevens een model ontwikkeld dat een aantal dagen vooruit kan kijken. Het kabinet is voornemens het model door te laten ontwikkelen door het RIVM, zodat de voorspellende waarde van rioolwatermonitoring steeds verder kan worden verfijnd. Onder meer leeftijdsopbouw en vaccinatiegraad worden hier op termijn in meegenomen.

De signaalwaarden die het RIVM heeft ontwikkeld, zijn recent voorgelegd aan het OMT. Het OMT bevestigt in zijn 115e advies dat deze signaalwaarden kunnen helpen bij de inschaling van regio's. Omdat de voorgelegde signaalwaarden zijn gebaseerd op de situatie in de tweede golf, kunnen deze niet zondermeer worden overgenomen voor de aankomende fase als het virus op een lager niveau zit, de vaccinatiegraad hoger is en er mogelijk minder wordt getest. Daarom adviseert het OMT de signaalwaarden de komende periode verder te kalibreren om actuele grenswaarden te bepalen. In deze kalibratie wordt door het RIVM de risico-inschaling op basis van besmettingscijfers en ziekenhuisopnames vergeleken met inschaling op basis van de voorgestelde signaalwaarden voor rioolcijfers, om zo te onderzoeken hoe deze zich ten opzichte van elkaar ontwikkelen. De signaalwaarden zullen ook worden meegenomen bij de herijking van de andere signaalwaarden die driewekelijks wordt voorgelegd aan het OMT. Na het afronden van dit proces van kalibratie, kan de indicator volgens het OMT een goede aanvulling zijn op de huidige inschalingswaarden. De voorlopige resultaten geven mij het vertrouwen dat rioolwatermonitoring een prominente rol kan spelen, als aanvulling op de humane surveillance, bij de monitoring van het coronavirus in de endemische fase.

#### *Nivelpeilstations*

De Nivel peilstations rapporteren over het aantal patiënten met influenza/griepachtige klachten of met andere acute luchtweginfecties voor de landelijke griepsurveillance en meer algemeen surveillance van acute luchtweginfecties. De huisartsen nemen monsters af van patiënten die klachten hebben en sturen deze naar het RIVM. Het RIVM onderzoekt de monsters op o.a. het influenzavirus en sinds begin 2020 op het SARS-CoV-2-virus. Momenteel zijn er circa 45 peilstations (160.000 personen, een

<sup>27</sup> Stand van zakenbrief COVID-19 van 11 mei 2021, Kamerstuk 25 295, nr. 1179.

steekproef van 1% van de Nederlandse bevolking) aangesloten bij het netwerk van Nivel. De cijfers over griep en COVID-19 worden wekelijks gepubliceerd door het Nivel en het RIVM en ontsloten via het coronadashboard. Deze cijfers geven een actueel beeld van het voorkomen en de verspreiding van de heersende gezondheidsproblemen in Nederland. Monitoring via de Nivelpeilstations wordt steeds belangrijker wanneer het virus endemisch is, omdat het testen via GGD-teststraten verder wordt afgeschaald. Via de peilstations houden we zicht op het virus en de ziektelast in de bevolking. De huidige omvang van het aantal Nivelpeilstations is te gering om een volledig landelijk beeld te krijgen van hoe het virus zich ontwikkelt. Daarom onderzoek ik momenteel de mogelijke meerwaarde en voorwaarden om deze respiratoire surveillance uit te breiden. In de komende periode zal ik uw Kamer hierover uitgebreider informeren.

### *Dashboard*

Sinds de lancering in juni 2020 levert het coronadashboard een belangrijke bijdrage aan het zicht houden op en daarmee het bestrijden van het virus.

Het dashboard blijft ook in de overgangsfase en mogelijk ook in (het begin van) de endemische fase een belangrijke rol vervullen op het gebied van monitoring en het weergeven van de voortgang van het vaccinatieprogramma. Om goed voorbereid te zijn op mogelijk nieuwe ervaringen op lokaal niveau (lokale brandhaarden) is in samenwerking met RIVM en de GGD'en op 10 juni een nieuwe pagina gelanceerd met gegevens uit de bron- en contactonderzoeken.

Uiteraard blijven we ook in de overgangsfase alle huidige indicatoren op het dashboard tonen. Daarbij past ook het toevoegen van nieuwe indicatoren indien nodig en zal het dashboard inhoudelijk moeten worden herijkt om optimaal de context van dat moment weer te geven. Zo zullen ziekenhuiscijfers in de loop van de zomer naar alle waarschijnlijkheid minder zeggingskracht bieden om de situatie te monitoren. Daarentegen zal beschikbare kerninformatie over het vaccinatieprogramma (zoals de vaccinatiegraad), vroegsignaleringsindicatoren, zoals op het gebied van rioolwatersurveillance en kiemsurveillance, de epidemiologische situatie in landen om ons heen en de ontwikkeling van nieuwe mutanten in Nederland, steeds belangrijker worden. Voor een deel wordt nu al hard gewerkt om deze nieuwe indicatoren op het dashboard te tonen. Deze ontwikkelingen vragen flexibiliteit op verschillende fronten, zo ook op het gebied van het dashboard. Derhalve is gekozen om het coronadashboard met de ingekochte externe expertise te continueren tot in ieder geval 1 oktober 2021. Uitgaande van een overgangsfase met een gecontroleerde situatie na de zomer, zal de focus blijven liggen op dagelijkse monitoring en ontsluiting van data en informatie. Wel zal de mate van uitbreiding, doorontwikkeling en aanpassing mogelijk minder groot zijn dan voorheen nodig was. Ik onderzoek op het moment welke functie het dashboard kan vervullen in 2022 en welke inzet daarbij nodig is.

### *Testen en traceren*

Gedurende de COVID-19 pandemie is duidelijk geworden dat grootschalig testen een belangrijk instrument is in de bestrijding van het virus. Door te testen houden we zicht op het virus, sporen we besmettingen op, zodat via traceren en isoleren de verspreiding van het virus wordt geremd, en kunnen delen van de samenleving eerder of ruimer open. Bij het RIVM zijn inmiddels in totaal ongeveer 1,7 miljoen personen met covid-19 gemeld door de GGD'en, waardoor met deze opsporing vervolgens quarantaine en bron-en contactonderzoek (BCO) heeft kunnen plaatsvinden.

Onderzoek van het RIVM heeft laten zien dat een combinatie van inzet van testen, BCO en gebruik van de CoronaMelder app gedurende de pandemie tot een reductie van 12.7% van de R-waarde heeft geleid. Dat testen van toegevoegde waarde is geweest bij de bestrijding van het virus, is daarmee evident. We zullen testen als instrument ook gedurende de overgangsfase hard nodig blijven houden. Het OMT stelt namelijk dat het van belang blijft om mensen met klachten te testen op SARS-CoV-2, zodat bestrijdingsmaatregelen kunnen worden ingezet (BCO, vaccinatie) waar dat nodig is (risicogroepen, mensen die onvoldoende immuun zijn), en voor het zicht op het virus. Dat betekent dat mensen met klachten zich moeten blijven laten testen totdat duidelijk is dat COVID-19 blijvend onder controle is. Hierbij geldt dat ook voor gevaccineerde personen het advies is dat zij zich bij klachten moeten laten testen om zicht te blijven houden op het virus en eventuele nieuwe varianten daarvan.

De twee hoofddoelen van het huidige test- en traceerbeleid blijven dus ook in de overgangsfase noodzakelijk:

- opsporing en bestrijding van het virus
- testen voor het openhouden van de samenleving.

Concreet betekent dit dat ik de GGD'en, Dienst Testen, de betrokken departementen, SON en andere betrokken partijen vraag zich voor te bereiden op een scenario waarin we in de overgangsfase een basiscapaciteit direct kunnen inzetten en opschalingsmogelijkheden hebben klaar staan wanneer dat nodig is. Ik streef daarbij naar zoveel mogelijk integratie, efficiëntie en flexibiliteit. Hieronder geef ik per doel aan hoe we ons voorbereiden.

#### *Doel 1: Opsporing en bestrijding van het virus*

Het advies van het OMT blijft zoals aangegeven om bij klachten die passen bij COVID-19, te testen. Het aantal testen van contacten zal afnemen doordat in het BCO het testadvies voor dag 5 en/of zo spoedig mogelijk na besmetting voor een groot aantal categorieën (nauwe en niet-nauwe) contacten vervalt.

- Basistestcapaciteit met opschalingsmogelijkheid  
Dat het OMT adviseert om zowel ongevaccineerde als gevaccineerde personen bij klachten te laten testen heeft natuurlijk gevolgen voor de benodigde basistestcapaciteit. Het kabinet bereidt zich erop voor dat in elk geval tot en met februari 2022 een basistestcapaciteit kan worden gehandhaafd met snelle opschalingsmogelijkheden. Hiervoor treedt het kabinet in overleg met de GGD, Dienst Testen en het RIVM om tot een goede prognose en operationele afspraken te komen, mede in het licht van het effect op de testvraag van hoge vaccinatiegraad, dalende besmettingscijfers en de inmiddels opgedane ervaringen over testbereidheid. Voor 2022 zal hier nog besluitvorming over plaatsvinden.
- Laagdrempelige en mobiele faciliteiten voor testen  
Het OMT benadrukt het belang van risicogericht gebiedstesten bij bijvoorbeeld uitbraken, clusters of een hoge dreiging. Dit vraagt om de mogelijkheid om gericht en snel GGD testcapaciteit te kunnen opschalen. Het is daarbij zeer belangrijk om laagdrempelige testen aan te bieden om op die manier een zo hoog mogelijke testbereidheid te stimuleren. Bijvoorbeeld gebruik van (mobiele) testlocaties op loop- en/of fietstand en de inzet van weinig invasieve testmethoden. Dit zorgt er ook voor dat niet overal een reservecapaciteit klaar hoeft te staan voor eventuele opschaling.
- Voldoende PCR samples voor kiemsurveillance  
Er zijn voldoende samples met PCR-testen nodig zodat kiemsurveillance op peil kan blijven. Dat betekent dat de testmix in de GGD-teststraten daar aan moet voldoen. Ook zal het komende OMT-advies

over de inzet van verschillende soorten testen hierbij worden betrokken. Een volledige overgang naar snelle testmethoden is naar verwachting niet aan de orde.

- Zelftesten

Zelftesten zal in deze overgangsfase een belangrijk rol spelen om het virus tijdig te signaleren en te zorgen dat Nederland open kan blijven. De lessen van de afgelopen periode laten zien dat betere voorlichting over waarom en wanneer je dat zou moeten noodzakelijk is. Ook blijft van belang dat een positieve uitslag wordt bevestigd bij de GGD.

- Risico gericht testen in het onderwijs

Het risico op uitbraken op scholen blijft aanwezig omdat kinderen van 12–18 jaar nog niet gevaccineerd zijn. Om snel te kunnen reageren op uitbraken op of rond scholen stuurt het kabinet op voldoende (zelf)testcapaciteit.

- Reizigers

Reizigers brengen mogelijk (nieuwe varianten van) het virus binnen. Testen van inkomende reizigers blijft daarom zeker in de overgangsfase van belang en hier zal testcapaciteit voor worden ingezet. Afhankelijk van hoe het testbeleid in EU-verband wordt vormgegeven, kan het van belang zijn dat steviger wordt ingezet op testen voor vertrek naar de belangrijke internationale vervoershubs zoals luchthavens en belangrijke bus- en treinstations. Testen van uitgaande reizigers zal mogelijk ook nog blijven plaatsvinden, afhankelijk van welke landen nog een testverplichting eisen. De beslissing hierover wordt in de zomer genomen. Het kabinet zal het nationale inreisbeleid zoveel mogelijk in lijn brengen met de Europese Raadsaanbevelingen. Hierbij zet het kabinet in op eenvoudig beleid waarbij geen maatregelen worden genomen bij reizigers uit veilige gebieden.

- Bron- en contactonderzoek

De aard van het bron- en contactonderzoek (BCO) zal veranderen in de overgangsfase. Het uitgangspunt zal hierbij zijn dat de GGD met iedere index in ieder geval éénmalig (telefonisch) contact heeft. Dit gesprek is van belang voor het brononderzoek, het verzamelen van surveillance-data, en het starten van contactonderzoek. Het brononderzoek en het signaleren van clusters wordt in een fase met een lage prevalentie belangrijker. Enerzijds kan het standaard-BCO blijven plaatsvinden waarbij de index zelf hun contacten informeren. Anderzijds wordt meer maatwerk nodig door middel van uitgebreid BCO. Dit wordt gedaan bij specifieke groepen: indexen met een VOI of VOC, uit een moeilijk bereikbare groep of een omgeving met een lage (verwachte) vaccinatiegraad/lage immuniteit, of welke onderdeel zijn van een bekend cluster/uitbraak.<sup>28</sup> In het licht hiervan is het kabinet in gesprek met de GGD GHOR en de GGD'en over welke capaciteitsinzet op BCO benodigd is in de tweede helft van 2021.

## **Doel 2: Openhouden van de samenleving**

- Testen voor toegang

Coronatoegangsbewijzen dienen ter vervanging van de 1,5 meter-regel, het versnellen van heropenen en het voorkomen van sluiting van sectoren. Als de epidemiologische situatie toelaat dat basismaatregelen kunnen worden losgelaten, zal dit instrument in reserve worden gehouden. Mocht zich onverhoopt toch een nieuwe golf of ernstige opslaaing door mutaties voor doen, kan het nodig zijn om coronatoegangsbewijzen opnieuw in te zetten, maar nu om sluiting van delen van de maatschappij te voorkomen of uit te stellen. Te denken valt aan evenementen met grote bezoekersaantallen. Het kabinet zorgt er daarom voor dat het instrument in ieder geval tijdens de overgangs-

<sup>28</sup> Zie bijlage BCO bij OMT adviezen 116–117, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

fase klaar blijft staan. Met betrokken partijen onderzoekt VWS wat hier voor nodig is qua flexibel op te schalen testcapaciteit en ICT-infrastructuur.

- Toegangstesten onderwijs

Onder bepaalde omstandigheden geldt het bovenstaande ook voor het middelbaar en hoger onderwijs.

#### *Governance van testen*

De organisatie van het testlandschap is organisch gegroeid. De GGD'en zijn verantwoordelijk voor de publieke teststraten, VWS/Dienst Testen voor de inkoop van testmaterialen zoals zelftesten en laboratoriumcapaciteit en Stichting Open Nederland voor het realiseren en exploiteren van toegangsteststraten, en voor grenswerkers en uitgaande reizigers zijn weer aparte arrangementen getroffen. Deze governance wordt geëvalueerd, met als vraag of integratie mogelijk tot verdere efficiëntie kan leiden. Dit ook met het oog op flexibiliteit in de opschalingsmogelijkheden.

#### *Vaccinatiestrategie en innovatieve behandelingen*

De verwachting is dat iedereen die dat wil in september volledig is gevaccineerd. Tegelijkertijd is het van groot belang vooruit te kijken en scenario's te ontwikkelen voor de periode hierna. Om de strategie te borgen, hebben we verschillende vraagstukken te beantwoorden, bijvoorbeeld over de inzet van een boostervaccinatie en de mogelijkheid dat we onszelf op structurele basis moeten beschermen met een vaccin. We weten namelijk nog niet hoe lang de beschikbare vaccins beschermen tegen huidige en mogelijk toekomstig circulerende virusvarianten en in welke mate de samenleving immuniteit opbouwt na een doorgemaakte SARS-CoV-2 infectie of na vaccinatie. Ook vraagstukken met betrekking tot de pandemiebestrijding wereldwijd spelen een rol, omdat nieuwe virusvarianten kunnen ontstaan op plaatsen waar nog onvoldoende vaccins beschikbaar zijn. Het kabinet houdt hierbij onder andere rekening met het scenario dat inspanning voor een structurele vaccinatie nodig is in de komende jaren en is gestart met in kaart brengen wat nodig is voor de diverse scenario's.

#### *Een hoge en homogene vaccinatiegraad*

Om een perspectief te kunnen schetsen op langere termijn, heeft het OMT gekeken naar de mogelijkheid dat een nieuwe epidemie uitbreekt in de winter van 2021/2022. Het OMT concludeerde op 25 mei jl. dat met een homogene en hoge vaccinatiegraad (van ten minste 75% van de volwassenen), het reproductiegetal in de winter net onder de 1 kan blijven. Volgens het OMT kan het reproductiegetal boven de 1 komen als er verlies in immuniteit is, als er nieuwe besmettelijkere varianten komen, of als er heterogeniteit in de vaccinatiegraad is. Het streven is daarom om een ezo hoog en homogeen mogelijke vaccinatiegraad te bereiken in september, we rekenen daarbij met 85% van de volwassenen, zodat onze samenleving optimaal is beschermd en de kans op het ontstaan van nieuwe uitbraken wordt verkleind. Dit biedt ook bescherming aan kwetsbare mensen die om medische redenen niet kunnen worden gevaccineerd. Mensen die nog geen vaccinatie hebben ontvangen in de eerste vaccinatieperiode en mensen die een tweede vaccinatie hebben gemist, wordt de mogelijkheid gegeven zich in de zomer alsnog te laten vaccineren. Ook zal de GGD in de zomer haar expertise en capaciteit gericht gaan inzetten om de vaccinatiegraad onder bepaalde doelgroepen en in specifieke regio's te verhogen. Het goede nieuws is dat steeds meer mensen aangeven zich te willen laten vaccineren. Uit het laatste onderzoek van het RIVM blijkt dat

de vaccinatiebereidheid is gestegen naar een gemiddelde van 87% (RIVM-enquête van 7 juni, percentage van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder dat een vaccinatie wil hebben of heeft gehad).

### *Vaccinatiebooster*

Om alvast richting te geven aan het mogelijke vervolg van de vaccinatie-strategie op de korte termijn, heb ik de Gezondheidsraad en het OMT gevraagd te adviseren over de noodzaak van een herhalingsprik, ofwel boostervaccinatie, als onderdeel van de vaccinatiecampagne en in context van de epidemiologische situatie. In verschillende wetenschappelijke studies wordt momenteel onderzocht of een boostervaccin, die enkele weken of maanden na de laatste prik wordt gegeven, een significante bijdrage kan leveren aan de bescherming tegen SARS-CoV-2, waaronder nieuwe virusvarianten. De Gezondheidsraad en het OMT hebben op 17 juni in een eerste reactie laten weten dat het vraagstuk over booster-vaccinatie nog vele onzekerheden kent, waaronder de mate en duur van immuniteit na een complete vaccinatie, en daarbij de verschillen tussen gezonden en ouderen of kwetsbaren. Los van deze huidige onzekerheden, geven de Gezondheidsraad en het OMT aan dat het aannemelijk is dat er op enig moment een boostervaccinatie – of vaccinatie met een aangepast SARS-CoV-2-vaccin – aan de orde is. Vervolg advies over een mogelijk boostervaccin verwacht ik de komende tijd (gefaseerd) te ontvangen, gebaseerd op nieuwe kennis en wetenschappelijke inzichten. Rekening houdend met een mogelijke boostervaccinatie ben ik reeds in overleg met GGD GHOR Nederland en het RIVM om te bezien hoe naast de nu lopende campagne op een eventuele booster-campagne voorbereid kan worden.

### *Jaarlijkse vaccinatiestrategie voor middellange termijn*

Verder heb ik de Gezondheidsraad en het OMT verzocht op basis van de huidige inzichten, waar mogelijk, al te adviseren over de vaccinatiestrategie op de middellange termijn (vanaf 2022). Dit mede met het oog op een mogelijk structureel vaccinatieprogramma en de voorbereidingen die dat met zich meebrengt. Ik heb de Gezondheidsraad en het OMT gevraagd hierbij in ieder geval aandacht te besteden aan het definiëren van groepen die in aanmerking zouden moeten komen voor (herhaal)vaccinatie. Wat betreft de vaccinatiestrategie op de middellange termijn, is gefaseerde advisering mogelijk. Ik heb beide gremia verzocht om mij, indien mogelijk, een eerste advies te verstrekken in juli.

### *Aankoop van vaccins*

Ook ten aanzien van het voldoende beschikbaar hebben van vaccins in de aankomende periode zijn de voorbereidingen in gang. Voor de periode 2022/23 werkt de Europese Commissie (EC) in samenwerking met de lidstaten aan de gemeenschappelijke inkoop van vaccins. Hiertoe zal het kabinet inzetten op een vaccinportefeuille voor de jaren 2022/2023, die groot genoeg zal zijn om alle Nederlanders boven die 12 volledig te kunnen vaccineren, mocht dat nodig zijn. We zullen hiertoe voor beide jaren circa 30 miljoen vaccins inkopen (voor circa 15 miljoen personen), om dit mogelijk te maken. Het uitgangspunt hierbij is zekerheid. Na 2023 is het voornemen om de inkoop van Covid-vaccins, indien noodzakelijk, te laten indalen in het reguliere vaccinatieprogramma. Nederland heeft hierbij de mogelijkheid af te wijken van de EC-voorstellen en gebruik te maken van het recht om geen of minder vaccins af te nemen (opt-out). De ervaringen met coronavaccins zijn nog te pril om absolute uitspraken te doen over de inzet van bepaalde type-vaccins in de verdere toekomst, maar op basis van de ervaringen in de afgelopen maanden lijken de

mRNA-vaccins (BioNTech/Pfizer en Moderna) zeer geschikt. Bovendien lijkt de opschaling van de productie voor deze vorm van vaccins gunstig. Met de mRNA-technologie kan mogelijk binnen drie maanden een vaccin tegen een nieuwe virusvariant ontwikkeld en getest zijn. Tegelijk is het in de huidige fase van de pandemie en de publieke gezondheid verstandig in te blijven zetten en toepassen van een breed portfolio van COVID-19 vaccins. Dit om de kans op uiteindelijke beschikbaarheid van een effectief vaccin, bijvoorbeeld in geval van nieuwe varianten waartegen de nu beschikbare vaccins niet goed werken, te vergroten.

#### *Vaccinatieportefeuille 2022–2023*

De EU heeft vanwege de positieve ervaringen met het vaccin van BioNTech/Pfizer voor de periode 2022/23 een groot nieuw contract met de fabrikant gesloten. De EU heeft voor deze periode 900 miljoen vaccins besteld (450 miljoen in 2022 en 450 miljoen in 2023), met zes optiepakketten (6 x 150 miljoen doses). Voor Nederland betekent dit de beschikking over circa 35 miljoen vaccins (17,5 miljoen per jaar), met de optie tot verdubbeling. Het contract bepaalt mede dat de EU recht heeft op aangepaste vaccins, wanneer serieuze mutaties optreden, waartegen het huidige vaccin onvoldoende beschermt. Ook komen er ruimhartige afspraken over doorverkoop en donatie en worden hardere afspraken gemaakt over leveringsschema's en boetebedingen bij het niet nakomen van gemaakte afspraken. Ten slotte vindt productie vrijwel volledig plaats in de EU en krijgt de EU leveringsprioriteit als de wereldwijde leveringsketen tekorten kent. Dit contract is hiermee zeer geschikt om te dienen als basis voor de vaccinresponse van de EU in 2022/23. De reeds lopende contracten met andere fabrikanten, aangevuld met het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer, lijkt voldoende mogelijkheden te bieden voor een effectieve vaccinatie-response in 2022. Voor 2023 is de basis gelegd middels het nieuwe contract met BioNTech/Pfizer. Op basis van het advies van de Gezondheidsraad zal gezien worden wat nodig is om ons portfolio nader aan te vullen. Hierover zal in een later stadium besloten worden. Met deze aanpak kan een voldoende robuuste vaccinatieportefeuille worden opgebouwd, geschikt voor een afdoende vaccinatieresponse voor de periode 2022/23.

#### *Productie van vaccins*

Het kabinet zet in op vaccins die (voornamelijk) geproduceerd worden in de EU en op producenten die bereid zijn de EU als hun voornaamste klant te beschouwen. In crisissituaties is het van belang om niet afhankelijk te zijn van productie in landen buiten de EU, of partijen die andere landen voor de EU beleveren.

Verder is het belangrijk dat in de productieketen van vaccins geen tekorten gaan optreden. De toevoer van vaccins is in een stabielere vaarwater gekomen, maar de druk op de productieketen van vaccins blijft hoog. Enerzijds omdat nog een groot gedeelte van de wereldbevolking gevaccineerd moet worden. Anderzijds omdat niet uit te sluiten is dat een boostervaccinatie moet worden toegevoegd aan de huidige vaccinatie-ronde. Het vergroten van de productiecapaciteit van vaccins is daarom van groot belang. Hierover is uw Kamer op 23 maart jl. geïnformeerd. De *special envoy vaccins* heeft in het voorjaar van 2021 twee rapportages uitgebracht over vaccinproductie, die ook naar uw Kamer zijn gestuurd, waaraan nu opvolging wordt gegeven. Een *Taskforce vaccins* geeft, gecoördineerd vanuit de Ministeries van VWS en EZK, op korte termijn invulling aan de adviezen van de *special envoy* en brengt in kaart welke tekorten er zijn of gaan ontstaan, en hoe het Nederlandse bedrijfsleven hierin kan ondersteunen. Indien een rol voor de overheid is weggelegd, zal hier nadere besluitvorming over plaatsvinden. Tegelijkertijd richt het

*Topteam Life Sciences & Health* (LSH) zich op «pandemische geneesmiddelen productie voorbereiding» en de vraag hoe Nederland bij een eventuele volgende pandemie beter voorbereid kan zijn. Aangezien de productie van COVID-19-vaccins geen nationaal thema is, wordt afstemming met internationale gremia in EU en WHO verband gezocht.

#### *Wereldwijde toegang tot vaccins*

De pandemie raakt de hele wereld en moet ook op dat niveau aangepakt worden. Naast de voorbereidingen van vervolgstappen in de vaccinatie-strategie in de aankomende periode, de voorbereiding van aankoop 2022/2023 en het in brede zin stimuleren van een infrastructuur met een internationale functie, zet het kabinet daarom al vanaf het begin in op solidariteit met kwetsbare landen. Nederland heeft in EU-verband aangegeven te willen blijven bijdragen aan de eerlijke en betaalbare toegang tot COVID-19 vaccins voor lagere- en middeninkomenslanden. De effectieve verdeling van coronavaccins is niet alleen belangrijk vanuit het oogpunt van solidariteit. Wereldwijde bestrijding van SARS-CoV-2 en vaccinatie, in het bijzonder van de meest kwetsbare groepen, is van mondiaal belang en essentieel om de pandemie tegen te gaan. Een virus kent immers geen grenzen en ongecontroleerde verspreiding van infectie kan ervoor zorgen dat er steeds nieuwe virusvarianten ontstaan. Internationaal gezien is de hoofdroute voor het internationaal doneren of verkopen van eventueel vaccin surplus COVAX. Dit is ook voor Nederland de belangrijkste multilaterale route om bij te dragen aan vaccinatie in kwetsbare landen.

#### *Innovatieve behandelingen van COVID-19*

Het behandelperspectief van patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen met COVID-19, is sinds de start van de pandemie enorm verbeterd. Er is echter nog geen geneesmiddel beschikbaar dat gemakkelijk is toe te dienen en dat in de vroege fase van COVID kan worden ingezet om een ernstig verloop te voorkomen. Ook voor patiënten die langdurige klachten hebben na een COVID-19 besmetting, is nog geen passende behandeling beschikbaar. De afgelopen periode is sterk ingezet op het vinden van behandelingen tegen COVID-19. De resultaten van de eerste onderzoeken komen binnen, in 2021 en 2022 worden veel ontwikkelingen verwacht op dit terrein.

Regelmatig heeft uw Kamer aandacht gevraagd voor specifieke behandelingen. Het is niet aan mij om te bepalen welke behandelingen worden onderzocht en welke behandelingen worden toegepast bij patiënten. Deze taak ligt bij de medische experts en de beroepsgroepen die de relevante behandelrichtlijnen opstellen. Wel ondersteun ik proactief onderzoek naar nieuwe en bestaande behandelingen en zorg ik dat veelbelovende behandelingen zo snel mogelijk beschikbaar komen voor de Nederlandse patiënt. Dit doe ik via gesprekken met aanbieders van nieuwe medicijnen. Hiervoor blijf ik mij inzetten.

De Europese Commissie heeft op 6 mei jl. een strategie voor de ontwikkeling en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor COVID-19 gepubliceerd. Dit is een belangrijke internationale ontwikkeling op het gebied van COVID-19 behandelingen. Met deze strategie beoogt de Commissie te komen tot een versterkte en strategische aanpak voor de ontwikkeling, productie en aankoop van veilige en doeltreffende COVID-19 behandelingen op EU-niveau. Het kabinet verwelkomt deze strategie die goed aansluit bij het Nederlandse beleid op dit terrein. Ik zal mij de komende periode inzetten om waar mogelijk uitvoering te geven aan deze strategie binnen het Nederlandse beleid.

Daarnaast is uw Kamer op 28 mei jl. geïnformeerd over de kabinetsreactie op FAST<sup>29</sup> en het opstarten van FAST. FAST staat voor Future Affordable Sustainable Therapies en is een nationaal platform om innovatieve therapieën sneller beschikbaar te maken voor patiënten waarbij innovatie hand in hand gaat met betaalbaarheid. Ik zal mij de komende periode inzetten om op het terrein van innovatieve behandelingen voor COVID-19 de private sector en in PPS verband een impuls te geven via FAST. Daarnaast wordt gestart met de inrichting van een klinische onderzoeksruimte specifiek voor onderzoek naar COVID-19 bij mensen. Deze zogenaamde Clincial Trial Unit sluit direct aan op de behoeftes van bedrijven en kennisinstellingen en kan duurzame kritische infrastructuur opleveren die bij zal dragen aan het vergroten van de pandemische paraatheid.

#### *Maatregelen en benodigd instrumentarium*

In de paragraaf over het openingsplan is aangegeven welke stappen het kabinet in het Openingsplan neemt. Voor een toelichting op de routekaart verwijs ik uw Kamer naar de inleiding van deze passage.

Na het nemen van stap 4 van het openingsplan werken we aan de voorbereidingen voor de volgende stap in het Openingsplan, mits het beeld deze zomermaanden zich positief ontwikkelt en de epidemiologische situatie het op dat moment toelaat. De voorwaarden waaronder we de volgende stap zetten zijn beschreven in paragraaf 3 van deze brief.

In de bestrijding van COVID-19 zijn diverse maatregelen met bijbehorende instrumenten ontwikkeld. Denk bijvoorbeeld aan de contactbeperkende maatregelen, de quarantaineplicht, vliegverboden en toegangstesten. In de overgangsfase, waarbij wordt uitgegaan van een scenario met regionale, beheersbare oplevingen van het virus, is het daarom van belang te bepalen welke maatregelen (deels) kunnen vervallen, inclusief instrumentarium en welke maatregelen al dan niet slapend behouden moeten blijven. Het OMT wijst erop dat, vanwege de mogelijke toename van het aantal ziektegevallen in het najaar, een aantal bron- en collectieve middelen gehandhaafd dienen te blijven. Het al dan niet (gedeeltelijk) loslaten van deze maatregelen hangt, zo adviseert het OMT, af van de bereikte beschermingsgraad en de epidemiologische situatie op dat moment. Het overzicht van de maatregelen zoals de OMT dat, ook voor de lagere termijn, voor zich ziet is beschreven in paragraaf 1.

Hieronder wordt ingegaan op de specifieke maatregelen omtrent toegangsbewijzen en reizen. Vervolgens licht het kabinet verder toe hoe het juridische instrumentarium per 1 september wordt vormgegeven en welke bepalingen uit de Twm momenteel en in de nabije toekomst nodig worden geacht om in geval van ernstige oplevingen van het virus maatregelen te treffen.

#### *Toegangsbewijzen*

Wanneer in het najaar inderdaad sprake is van een tegenvallende vaccinatiegraad of een nieuwe mutant en opnieuw beperkende maatregelen genomen moeten worden, kunnen coronatoegangsbewijzen worden ingezet om zulke beperkende maatregelen te versoepelen, om zo meer mogelijk te maken. De toegangsbewijzen kunnen dan ook worden ingezet om, bijvoorbeeld in het geval van een (gedeeltelijke) sluiting, sectoren langer open te houden. Dit betekent dat de wettelijke grondslag voor coronatoegangsbewijzen in hoofdstuk Va van de Wpg ook na

<sup>29</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 707.

1 september van kracht moet blijven. Op het moment dat coronatoevangsbewijzen weer zullen worden ingezet, kan dat via een aanpassing van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19.

### *Reizen*

De verwachting is dat in de overgang naar een endemische fase in Nederland, Europa en de rest van de westerse wereld door de oplopende vaccinatiegraad ongeveer gelijktijdig aanbreekt. Dat geldt mogelijk niet voor de rest van de wereld. In landen waar de vaccinatiegraad achterblijft, kunnen mogelijk ook nieuwe varianten van het virus ontstaan. Wat moet worden voorkomen, is dat nieuwe varianten, waartegen het vaccin wellicht een minder goede bescherming biedt, in Nederland een nieuwe epidemie veroorzaken. Daarom zullen geleidelijk steeds meer reizen mogelijk worden, maar blijft regulering voor reizen naar onveilige gebieden van belang. Hieronder ga ik in op de verschillende maatregelen en instrumenten.

### Quarantaine en testplicht

Quarantaine is en blijft een belangrijk middel in de strijd tegen een nieuwe lokale of regionale opslaaing van het virus en Variants of Concern (VOC's), ook in een endemische fase. Om de quarantaineplicht (bij reizen uit zeerhoogrisicogebieden) en het quarantaineadvies (bij positieve testuitslag) goed onder de aandacht te blijven brengen, is het belangrijk om de communicatiestrategie regelmatig aan de nieuwe situatie aan te passen. De quarantainereischeck en de quarantainecheck worden actueel gehouden en worden actief aangeboden aan reizigers en positief geteste personen. Daarnaast worden andere communicatiemiddelen ingezet (bv via social media) om positief getesten, inreizigers en nieuwe doelgroepen te bereiken. Ook blijft sociale ondersteuning van quarantaine door middel van informatie over de quarantaineregels, praktische hulp bij quarantaine, met name voor mensen met minder sociale steun in hun omgeving, noodzakelijk. De quarantaineplicht voor inreizigers uit hoogrisicogebieden is sinds 1 juni van kracht. De implementatie en handhaving vraagt de inzet van alle betrokkenen, zoals gemeenten, vliegtuigmaatschappijen, luchthavens, belteam en GGD'en, ook omdat de status van zeer hoogrisicogebieden in de wereld dynamisch blijft en snel kan veranderen. De verplichte quarantaine- en testplicht worden na de zomer naar verwachting voortgezet bij het in- en uitreizen naar onveilige gebieden. Daarbij zullen steeds meer gebieden veilig worden, waardoor de testplicht en quarantaineplicht voor steeds minder landen geldt. Eerder in deze brief is toegelicht hoe de Europese Raadsaanbevelingen worden geïmplementeerd, waarin onder meer uitzonderingen voor gevaccineerde personen zijn opgenomen.

### Vliegverboden en inreisverboden

Met de inwerkingtreding van de verplichte quarantaine voor reizigers uit zeer hoogrisicogebieden, zijn per 1 juni – conform OMT-advies- de vliegverboden opgeheven. Indien de epidemiologische situatie hier aanleiding toe geeft, kan het kabinet – op advies van het RIVM of het OMT – altijd besluiten om opnieuw een vliegverbod in te zetten. Wanneer sprake is van een mutatie waarbij het noodzakelijk is om het in- en uitreizen zo snel mogelijk in te perken, is het dus mogelijk om weer een vliegverbod in te voeren. Eerder in deze brief is toegelicht dat het kabinet daar op dit moment geen aanleiding toe ziet. Gevaccineerden worden uitgezonderd op het EU inreisverbod. Daarnaast zullen steeds meer landen worden toegevoegd aan de veilige landenlijst, waardoor het inreisverbod op steeds minder landen van toepassing is. De verwachting

is dat het inreisverbod voorlopig wel blijft bestaan, met name voor landen waar de epidemiologische situatie zorgelijk blijft.

#### Digital Covid Certificate

Het Digital Covid Certificate (DCC) wordt per 1 juli van kracht en vergemakkelijkt het reizen binnen de EU. Op 1 juli zijn echter nog niet alle lidstaten aangesloten op de EU-Gateway, waardoor bijvoorbeeld vervoerders nog steeds handmatig zullen moeten controleren of voldaan wordt aan de inreisregels. Medio augustus moeten alle lidstaten aangesloten zijn op de EU-Gateway. Door het uitlezen van een QR-code, in Nederland te genereren via de app CoronaCheck, kan worden gecontroleerd of een reiziger beschikt over een vaccinatie-, test- danwel herstelbewijs dat voldoet aan de eisen die de betreffende lidstaat aan inreizigers stelt. Ook een papieren variant kan worden verstrekt. Op 11 juni is een politiek akkoord bereikt over de herziening van de Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie, waarbij Nederland zich hard heeft gemaakt de inreisregels zo veel mogelijk in Europees verband op elkaar af te stemmen, via Raadsaanbevelingen. Het is belangrijk dat inreismaatregelen kunnen worden genomen wanneer dit ter bescherming van de volksgezondheid noodzakelijk is. Dat betekent ook dat geen maatregelen hoeven te gelden voor reizigers uit gebieden zonder verhoogd risico. Naar verwachting zullen in de zomer in steeds meer gebieden in de EU de inreisregels kunnen worden versoepeld, gezien de stijgende vaccinatiegraad en daaraan gerelateerde dalende besmettingscijfers. Het blijft belangrijk dat reizigers zich tijdig voor vertrek op de hoogte stellen van de eisen die het land van bestemming stelt, bijvoorbeeld via Wijs op reis ([nederlandwereldwijd.nl](https://nederlandwereldwijd.nl)). De verordening is aangenomen voor een duur van 12 maanden en kan eventueel verlengd worden, maar alleen in het kader van de bestrijding van COVID-19. Zowel vanuit de Europese Commissie als via bilaterale contacten wordt gewerkt aan de mondiale interoperabiliteit van het DCC. Daarover zal ik uw Kamer tijdig informeren.

#### *Benodigd instrumentarium*

Met de inwerkingtreding van de Twm op 1 december 2020, is een nieuw hoofdstuk Va aan de Wet publieke gezondheid (Wpg) toegevoegd. Dit hoofdstuk bevat de wettelijke basis voor beperkende maatregelen specifiek ter bestrijding van de epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan (artikel 58b, eerste lid, Wpg). Met deze wet kon worden afgestapt van maatregelen op basis van de noodverordeningen van de voorzitters van de veiligheidsregio's, die uit het oogpunt van democratische legitimatie voor de langere termijn minder geschikt zijn dan een wet die is vastgesteld door de regering en het parlement. Daarnaast is met deze wet aangesloten bij de reguliere bestuurlijke verhoudingen waardoor bevoegdheden op gemeentelijk niveau zijn komen te liggen, met de controlemogelijkheden van de gemeenteraad, in plaats van de voorzitters van de veiligheidsregio's. Met het amendement Buitenweg c.s.<sup>30</sup> is daarnaast aan de Tweede Kamer het recht toegekend om te besluiten niet in te stemmen met een nagehangen ministeriële regeling. Met de Twm is een solide juridische basis gecreëerd voor de maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19, of een directe dreiging daarvan, en is een betere democratische inbedding gerealiseerd.

---

<sup>30</sup> Kamerstuk 35 526, nr. 30.

## Tijdelijkheid van de Twm

Voor alle bepalingen in hoofdstuk Va van de Wpg geldt dat ze tijdelijk van aard zijn, omdat bij de totstandkoming van de Twm onvoorzienbaar was hoe de epidemie en de bestrijding ervan zouden verlopen. Daarom werd voorzien in de mogelijkheid om de werkingsduur van de onderscheiden bepalingen van de Twm (of onderdelen daarvan) bij koninklijk besluit eerder te beëindigen dan drie maanden na inwerkingtreding (artikel VIII, tweede lid, Twm), maar ook om de werkingsduur bij koninklijk besluit te verlengen, steeds met ten hoogste drie maanden (artikel VIII, derde lid, Twm). Het laatste bleek helaas noodzakelijk. De bepalingen van de Twm zijn inmiddels twee maal verlengd, de eerste keer tot 1 juni 2021, de tweede keer tot 1 september 2021.

De in de Twm opgenomen verlengingssystematiek betekent dat voor het na 1 september 2021 tijdelijk laten voortbestaan van onderdelen van de Twm (meer precies gezegd: onderdelen van hoofdstuk Va van de Wpg) geen afzonderlijk wetsvoorstel nodig is voor de periode vanaf 1 september, maar dat dit geschiedt door middel van een nieuw koninklijk besluit tot verlenging. Onderdelen uit de Twm die niet worden verlengd, vervallen daarmee automatisch. Ook daarvoor is dus geen afzonderlijk wetsvoorstel nodig.

Voor de verlengingsbevoegdheid van de regering geldt dat deze slechts mag worden toegepast voor zover dat noodzakelijk (en evenredig is) is voor bestrijding van de epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan in het Europees deel van Nederland, respectievelijk het Caribisch deel van Nederland. Een verlengingsbesluit wordt voorgehangen bij beide Kamers van de Staten-Generaal (artikel VIII, vierde lid, Twm) en de Afdeling advisering van de Raad van State wordt gehoord (artikel 58t Wpg).

Als bepalingen van de Twm zijn vervallen behelst dat een voldongen feit. Bepalingen die zijn vervallen kunnen niet bij koninklijk besluit weer worden «aangezet». Indien naderhand blijkt dat een vervallen bepaling toch nog of weer nodig is, dan moet een nieuw wetstraject worden opgestart, waarbij die bepaling wederom in wetgeving wordt vervat. Zolang het verloop van de epidemie en de volgende fase moeilijk te voorspellen zijn, is terughoudendheid op dit punt dus geïndiceerd.

In dat kader is het relevant om te benadrukken dat verlenging van een bepaling van de Twm niet automatisch betekent dat ook de op grond van die bepaling vastgestelde beperkende maatregelen worden verlengd en dus blijven gelden. Het is mogelijk om de werkingsduur van bepalingen van de Twm te verlengen zolang een directe dreiging van een covid-19-epidemie bestaat, terwijl de maatregelen in de ministeriële regeling die op die wettelijke bepalingen zijn gebaseerd, zijn ingetrokken en dus op dat punt geen beperkingen meer gelden. De veilige afstand kan bij algemene maatregel van bestuur (amvb) op nihil gesteld worden. Op basis van deze «slappende» bepalingen kunnen bij ministeriële regeling en bij amvb wel met de nodige snelheid weer maatregelen getroffen worden, indien onverhoopt de epidemiologische situatie daartoe zou nopen.

Steeds blijft ook dan gelden dat maatregelen enkel kunnen worden getroffen indien dat noodzakelijk is en evenredig aan het beoogde doel (artikel 58b, tweede lid, Wpg). Voor de ministeriële regeling geldt de nahangprocedure van artikel 58c van de Wpg, zodat parlementaire zeggenschap over de herinvoering van een maatregel gewaarborgd is. Voor de amvb waarin de veilige afstand wordt vastgesteld, geldt een voorhangprocedure bij beide Kamers. De Twm biedt aldus een goede

balans tussen de mogelijkheid om spoedig in te grijpen als dat nodig is en de democratische legitimiteit van de te treffen maatregelen.

#### Juridische basis na 1 september

Mede gelet op de ontwikkelingen op dit moment, is het begrijpelijk dat de vraag wordt gesteld of het nog noodzakelijk is om de Twm na 1 september 2021 in zijn geheel te verlengen of wellicht zelfs geheel te laten vervallen. Een besluit tot voortijdige beëindiging of verlenging kan, zoals hiervoor aangegeven, ook betrekking hebben op specifieke bepalingen of onderdelen daarvan. Daarbij wordt opgemerkt dat er bepalingen in de Twm staan die de grondslag vormen om bij ministeriële regeling verschillende specifieke maatregelen te nemen. Deze grondslagen worden gebruikt voor diverse maatregelen. Ook is het belangrijk te onderkennen dat de grondslagen steeds gelden voor zowel Europees als Caribisch Nederland. Een besluit tot het al dan niet verlengen van een bepaling betreft de gehele grondslag en kan niet toegespitst worden op de hieruit voortvloeiende afzonderlijke maatregelen in de ministeriële regeling of op alleen Europees dan wel Caribisch Nederland.

In het 116<sup>e</sup> en 117<sup>e</sup> OMT advies is geconcludeerd dat de incidentie van covid-19 op de middellange termijn (nazomerperiode juli/augustus en daarna) zal afhangen van de grootte van het seizoenseffect op transmissie, het ontstaan van virusvarianten die zich tenminste deels aan de afweer na vaccinatie of doorgemaakte infectie kunnen onttrekken, het persisteren van immuniteit tot na de winterperiode, het besluit al dan niet kinderen van 12–17 jaar te vaccineren, en het al dan niet kunnen aanhouden van de bronmaatregelen en collectieve bestrijdingsmaatregelen. Het OMT houdt rekening met een significante winterpiek in het aantal infecties. Deze conclusie is voor het kabinet aanleiding om te constateren dat er na 1 september in ieder geval nog sprake is van een directe dreiging van de covid-19-epidemie, waardoor verlenging van de Twm met drie maanden vanaf 1 september is gerechtvaardigd.

Het OMT adviseert voorts vanwege de mogelijke toename van ziektegevallen in het najaar, een aantal bron- en collectieve maatregelen te handhaven, en deze alleen op geleide van de epidemiologie en de gerealiseerde vaccinatiegraad in een later stadium (gedeeltelijk) los te laten. Het kabinet neemt dit advies van het OMT over en gebruikt dit als basis om te bezien welke inhoudelijke bepalingen uit de Twm behouden moeten blijven na 1 september 2021.

Het OMT hanteert hierbij de volgende ijkpunten met bijbehorende epidemiologische voorwaarden voor verdere versoepeling:

1. Risiconiveau zorgelijk is bereikt EN alle inwoners van 18 jaar en ouder hebben tenminste 1 vaccinatie aangeboden gekregen.
2. Risiconiveau waakzaam is bereikt EN alle inwoners van 18 jaar en ouder hebben een volledige vaccinatie aangeboden gekregen.
3. COVID-19 is blijvend onder controle.

Het kabinet gaat voor de verlenging van bepalingen van de Twm uit van de eerste twee ijkpunten, aangezien als covid-19 onder blijvende controle is er geen sprake meer zal zijn van bestrijding van de epidemie van covid-19, of een directe dreiging daarvan en daarmee de noodzaak aan de instandhouding (van bepalingen) van de Twm komt te vervallen. Hieronder wordt een korte weergave gegeven van de inhoudelijke artikelen die naar aanleiding van het OMT advies reden zijn voor het kabinet om ze te verlengen per 1 september 2021. Hierbij zal ook worden aangegeven welke overige artikelen naar het oordeel van het kabinet dan ook nog nodig zijn. Tot slot wordt ook aangegeven welke maatregelen het

kabinet denkt niet meer nodig te hebben. In de toelichting bij het komende verlengingsbesluit van de Twm wordt uitgebreider ingegaan op de reden waarom deze artikelen uit de Twm ook na 1 september nog nodig zijn.

Voor de veilige afstandsnorm wordt door het OMT geadviseerd om deze te continueren. Voor evenementen wordt aangegeven dat de 1,5 meter met toegangsbewijzen kan worden losgelaten. Dit betekent dat artikel 58f (veilige afstand), artikel 58i (evenementen), artikel 58k (zorglicht publieke plaatsen), artikel 58l (zorgplicht besloten plaatsen), artikel 58m (maatregelen voor openbare plaatsen) en de artikelen die vallen onder paragraaf 3a van het tijdelijke hoofdstuk (coronatoegangsbewijzen) ook na 1 september 2021 nog nodig zullen blijven. Verder adviseert het OMT om ook de groepsgrootte te kunnen maximeren, waardoor ook artikel 58g (groepsvorming) en artikel 58h (niet openstellen of voorwaarden voor openstelling van publieke plaatsen) van belang blijven na 1 september 2021. Tevens geeft het OMT aan om te blijven werken met placering en spatschermen en mondkapjes in het openbaar vervoer en bij contactberoepen, waardoor ook artikel 58j (overige regels) van belang blijft.

Bij dit overzicht merkt het OMT nog wel op dat bij veranderende omstandigheden, zoals een toename van het aantal ziektegevallen, het nodig kan zijn om bovenstaande te herbeoordelen. Dit kan ook voor het kabinet aanleiding zijn om de bovenstaande lijn aan te passen.

Naast de genoemde bron- en collectieve maatregelen door het OMT is het kabinet van oordeel dat ook de bepalingen die betrekking hebben op het tegengaan van nieuwe en gevaarlijkere virusvarianten uit de wereld na 1 september nog relevant blijven (artikel 58ea, 58nb tot en met 58n). Daarnaast vindt het kabinet dat ook paragraaf 3, sectorspecifieke bepalingen, van belang blijven zolang er sprake is van een directe dreiging van de epidemie van COVID-19.

Kortom gelet op het advies van het OMT en het tegengaan van nieuwe virusvarianten zijn de huidige inhoudelijke bepalingen van de Twm ook nog nodig na 1 september 2021. Het kabinet ziet wel reden voor één uitzondering: de bepaling over de avondklok is niet meer noodzakelijk, ook niet als «slapende» bepaling en kan daarom vervallen per 1 september 2021. Daarbij speelt ook een rol dat in de toekomst een dergelijke maatregel ook in eerste instantie zijn weg zou moeten vinden via de bepalingen uit de wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag.

Ik herhaal dat het behouden van bepalingen van de Twm overigens niet betekent dat op de grondslag van die bepalingen ook maatregelen genomen worden na 1 september 2021. Het kabinet weegt telkens af wat op dat moment noodzakelijk (en evenredig) is. Als op enig moment na stap 4 alle maatregelen worden losgelaten, komen de daarop gebaseerde maatregelen (in de regelingen) te vervallen. De veilige afstand kan dan op nihil gesteld worden in de amvb. De artikelen in de Twm worden dan «slapende» bepalingen totdat er geen directe dreiging meer is van de epidemie van COVID-19. Op dat moment zal het kabinet namelijk besluiten om de Twm niet meer te verlengen. De «slapende» bepalingen worden slechts weer gebruikt als nieuwe maatregelen noodzakelijk (en evenredig) zijn (artikel 58b Wpg). Een eventuele nieuwe ministeriële regeling met nieuwe maatregelen dient voorgelegd te worden aan beide Kamers en de Tweede Kamer kan besluiten niet in te stemmen met een nagehangen ministeriële regeling.

Het ontwerp voor een koninklijk besluit tot verlenging van de Twm wordt naar verwachting begin augustus aan uw Kamer voorgelegd in het kader van de vereiste voorhang. Bij dat verlengingsontwerp zal, conform mijn toezegging aan het lid Bikker, per wetsartikel nader worden toegelicht waarom het wordt behouden.

#### Toekomst Wet publieke gezondheid

De huidige juridische constructie van de Twm biedt een goede basis voor de situatie waarin we ons op dit moment bevinden in de bestrijding van de epidemie van covid-19.

Het kabinet is van oordeel dat eerst diverse evaluaties van de crisis moeten worden afgewacht, voordat besluitvorming kan plaatsvinden over eventuele aanpassing van de Wpg.

#### Communicatie

De overgangsfase vraagt een heldere uitleg over het hoe en waarom van de in deze fase geldende maatregelen. Ook in de overgangsfase is het virus nog onder ons. Dat levert ook voor het najaar en voor 2022 nog vraagstukken op. Hierdoor blijft ook na de zomer aandacht voor het belang van hygiëne om de verspreiding van het virus tegen te gaan, zoals handen wassen, niezen in de elleboog, testen en thuisblijven bij klachten. Kern van de communicatie is dan niet langer over de maatregelen gericht op het terugdringen van corona, maar op het voorkomen van het verspreiden van het coronavirus in het algemeen. Voor de stand van zaken en plannen voor specifieke onderwerpen, verwijs ik uw Kamer naar de communicatieparagraaf later in deze brief.

#### Digitale ondersteuning

De digitale middelen zoals die op dit moment worden ingezet, vormen een belangrijke aanvulling op, of ondersteuning van processen zoals het bron- en contactonderzoek van de GGD en de vaccinatiecampagne. Het zijn tegelijkertijd ook belangrijke hulpmiddelen bij het verantwoord heropenen van de samenleving. De waarde van deze middelen heeft zich de afgelopen periode bewezen. CoronaMelder was de eerste digitale oplossing die we realiseerden in het kader van de bestrijding van de pandemie met als doel om meer en sneller besmette personen op te kunnen sporen. Evaluatie heeft uitgewezen dat de app inderdaad een merkbare toegevoegde waarde heeft als aanvulling op het reguliere BCO.<sup>31</sup> Ook in de huidige fase waarin de samenleving steeds verder opengaat en nog niet iedereen maximaal beschermd is, kan CoronaMelder een belangrijk instrument zijn om verspreiding van het virus tegen te gaan. Datzelfde geldt voor de CoronaCheck-app. Deze app ondersteunt dat mensen verantwoord naar een evenement kunnen gaan of een buitenlandse reis kunnen maken. Op dit moment is het nog onbekend hoelang het nodig is om bovenstaande voorbeelden van digitale ondersteuning in te blijven zetten. De verwachting is dat CoronaCheck het komende jaar wordt gebruikt bij buitenlandse reizen omdat de verordening DCC vanaf 1 juli een jaar geldig is. Voor GGD Contact is duidelijker dat de digitale inzet een toegevoegde waarde is gebleken. Op welke wijze het bron- en contactonderzoek in de toekomst ondersteund zal worden door deze digitale oplossing wordt onderzocht, evenals de webapplicatie BRBA voor de registratie van vaccinaties zolang er gevaccineerd wordt.

---

<sup>31</sup> De evaluatie staat op [www.coronamelder.nl](http://www.coronamelder.nl).

De begeleidingscommissie DOBC is ingesteld om te adviseren over de introductie van digitale middelen ter bestrijding van COVID-19. Nu stappen worden gezet richting een endemische fase van COVID-19 is de introductie van nieuwe digitale ondersteuning zoals geschetst in de opdracht aan de begeleidingscommissie niet meer aan de orde. De verwachting is dat de focus van de digitale ondersteuning verschuift naar borging en beheer van de instrumenten die tot op heden gerealiseerd zijn. Ik heb de commissie daarom gevraagd om in een laatste advies in september te reflecteren op wat er geleerd kan worden van de afgelopen periode. In brede zin vind ik het verder belangrijk om de digitalisering in de zorg te intensiveren en verbeteren. Zowel het zorgveld als uw Kamer hebben mij en mijn collega Minister voor Medische Zorg en Sport gevraagd om hier meer regie op te nemen. Een belangrijke stap hierin is de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), die de Minister voor MZS op 3 mei naar uw Kamer heeft gestuurd<sup>32</sup>. In aansluiting op de hiervoor genoemde beperking bij de koppeling van huisartsinformatiesystemen aan CoronaCheck bepaalt dit wetsvoorstel onder meer dat in die situaties waarin een grondslag bestaat voor gegevensuitwisseling ook zo moet kunnen worden uitgewisseld dat de inrichting van de techniek niet alsnog toestemming voor die uitwisseling vereist.

Ik vind het daarnaast belangrijk dat zorgaanbieders zich goed bewust zijn van de risico's op het gebied van informatieveiligheid en privacy en vervolgens hun systemen daar goed op inrichten. De datadifstal bij de GGD eerder dit jaar heeft laten zien hoe belangrijk dit is. Ik ondersteun de GGD'en op dit moment bij het verbeteren van hun digitale processen en zal dat blijven doen zo lang de applicaties die het bestrijden van COVID-19 ondersteunen, worden gebruikt. Daarnaast willen mijn collega van MZS en ik de komende jaren het hele zorgveld naar hoger informatiebeveiligingsniveau tillen. De komende jaren leggen we daarom de focus op het verhogen van de bewustwording over digitale veiligheid, digitaal veilig gedrag en de geldende wet- en regelgeving op het gebied van informatiebeveiliging en privacy. Daarnaast stellen we een afwegingskader op waarmee kan worden bepaald of- en in welke vorm er meer publieke sturing op bepaalde generieke ICT voorzieningen in de zorg nodig is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een voorziening waarmee een patiënt kan vastleggen welke zorgaanbieder toestemming heeft voor het delen van zijn gegevens. Het RIVM en huisartsen zouden zo'n voorziening dan kunnen gebruiken om te bepalen of een patiënt toestemming heeft gegeven voor het delen van vaccinatiegegevens.

#### Gemeenschappelijke en duurzame informatievoorziening

In de stand van zakenbrief van 11 mei jl.<sup>33</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van een Gateway Review en de vervolgstappen n.a.v. de aanbevelingen. Inmiddels zijn de eerste gesprekken gevoerd over de aanpak om de informatievoorzieningen (IV) t.b.v. infectieziekte bestrijding te verbeteren. Daarbij is randvoorwaardelijk dat de IV-opgave hand in hand zal gaan met beleidsontwikkelingen op het gebied van duurzame infectieziekte bestrijding. Het doel hiervan is een toegankelijke informatievoorziening voor burgers, bevoegd gezag en private partners te realiseren. Voorgaande vraagt om een IV/ICT-omgeving met gemeenschappelijke voorzieningen (applicaties, registers e.d.), eenheid van taal en centrale regie op hoofdlijnen. Daarbij is een belangrijk uitgangspunt dat het IV/ICT-landschap veilig is en nieuw beleid kan accommoderen. Dit houdt in dat de IV-systemen en processen wendbaar (*designed for*

<sup>32</sup> Kamerstuk 35 824, nr. 2.

<sup>33</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179.

*change*) zijn, zowel te gebruiken in crisistijd als in reguliere situaties, gericht op het realiseren van samenhangende IV/ICT-voorzieningen. De komende periode werk ik bovenstaande verder uit samen met bestuurlijke partners (RIVM, GGD GHOR Nederland). In een volgende stand van zakenbrief zal ik uw Kamer informeren over de voortgang van dit traject.

### *Pandemische paraatheid voor (middel)lange termijn*

#### *Algemeen*

COVID-19 test onze paraatheid en veiligheid in een geglobaliseerde wereld. Voorbereid zijn op dreigingen van (nog onbekende) ziekteverwekkers betekent, dat sprake moet zijn van een robuust en flexibel zorglandschap en een goede organisatie van de publieke gezondheid. Een betere pandemische paraatheid omvat verder het eerder opsporen van besmettelijke uitbraken met een pandemisch potentieel wereldwijd, het sneller bestrijden daarvan en snellere ontwikkeling en levering van vaccins en geneesmiddelen. Hieronder wordt nader ingegaan op wat dit kan betekenen voor de infectieziektebestrijding en de zorg. Daarbij gaat het om eerste richtingen, waarvan uitwerking en besluitvorming bij een volgend kabinet liggen.

#### *Infectieziektebestrijding*

In de aanpak van de pandemie is gebleken dat onze infectieziektebestrijding op onderdelen kwetsbaar is. Het komt er nu op aan om deze kwetsbaarheden aan te pakken en daar niet mee te wachten totdat zich een nieuwe pandemie aandient. Daartoe werken we aan een beleidsagenda. Het streven is deze agenda eind 2021 aan uw Kamer voor te leggen. Er zijn verschillende evaluaties en verkenningen, die probleemanalyses, aanbevelingen en conclusies (zullen) formuleren en die een gedegen basis voor genoemde beleidsagenda kunnen vormen. Kern van deze agenda zal zijn het verbeteren van de paraatheid en het vergroten van ons aanpassingsvermogen om in de toekomst verschillende crises aan te kunnen.

Belangrijkste elementen daarvan zijn de volgende:

- *Versterken infrastructuur Publieke Gezondheid:* De COVID-crisis heeft duidelijk gemaakt dat het voor veel GGD'en lastig is gebleken om tijdig op te schalen naar een niveau van gezondheidsbeschermende maatregelen, dat adequaat is in een pandemie. Om dit beter mogelijk te maken, moeten GGD'en beschikken over voldoende capaciteit, waaronder artsen infectieziektebestrijding. Dit geldt met name ook voor capaciteit, die snel uit te breiden is voor bron- en contactopsporing. Verder is een sterke ICT-infrastructuur cruciaal om data-gedreven bestrijden van gezondheids crises mogelijk te maken. Hoe dit vorm gegeven zou moeten worden, ligt bij een volgend kabinet. Het Capaciteitsorgaan is bezig met een advies over de vraag of op dit moment voldoende artsen infectieziektebestrijding worden opgeleid, of dat dit aantal, gelet op de recente ervaringen gedurende de COVID-19 uitbraak, zou moeten toenemen. Het Verwey Jonker instituut heeft een verkenning uitgevoerd naar de versterking van de publieke gezondheid en de rol van de GGD'en. Deze verkenning treft u als bijlage aan<sup>34</sup>. Het Verwey Jonker Instituut adviseert onder meer om te komen tot een integrale en langdurige programmatische aanpak voor brede individuele en maatschappelijke gezondheidswinst. Daarnaast zouden er gezamenlijke maatschappelijke doelstellingen op (publieke) gezondheid opgesteld moeten worden. En zou het (basis)niveau van

<sup>34</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

de publieke gezondheid en de GGD'en in het bijzonder versterkt moeten worden door te investeren in kwantiteit, kwaliteit en de vorming van een stevige landelijke ondersteuning ten behoeve van crisis. Uit deze verkenning blijkt onder andere dat nagedacht moet worden over een centrale landelijke functionaliteit ten behoeve van de ondersteuning van de uitvoering van infectieziektebestrijding bij infectieziektecrises met landelijke impact. Samen met de GGD'en, het RIVM, gemeenten, het Ministerie van JenV en de Veiligheidsregio's zal het idee van de landelijke functionaliteit en de inpassing daarvan binnen de generieke afspraken over crisisbeheersing de komende maanden verder ambtelijk worden verkend en uitgewerkt. Dit gebeurt in samenhang met de evaluatie van de COVID-pandemie en de uitwerking van het kabinetstandpunt evaluatie Wet veiligheidsregio's. Inbedding bij het RIVM is daarbij door het Verwey Jonker Instituut genoemd als een mogelijke optie, die nader onderzoek verdient. In de brief «Bouwstenen voor een fundament onder preventiebeleid» komt de Staatssecretaris op korte termijn bij u terug over de rol van de GGD'en bij preventie en zijn visie op de manier waarop gezondheidsbevordering de komende jaren versterkt kan worden.

- *Vaccineren en vaccins*: De uitvoering van onze vaccinatiezorg is momenteel complex; deze kan worden vereenvoudigd, zodat ook mensen ouder dan 18 jaar en medische risicogroepen daar betere toegang toe krijgen. Immers, het Rijksvaccinatieprogramma is nu gericht op de leeftijd tot 18 jaar. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft hierover in maart jl. een verkenning uitgebracht<sup>35</sup>. Verder hebben we van de huidige crisis geleerd, dat het belangrijk is om als EU en als Nederland zelfredzaam te zijn op het gebied van ontwikkeling en productie van vaccins. Er zijn kansen om de capaciteit daarvoor in Nederland te vergroten<sup>36</sup>. Of gebruik gemaakt zal worden van deze kansen zal ter besluitvorming van een nieuw kabinet zijn.
- *Versterking zoönose structuur*: De huidige crisis laat zien hoe verregaand de impact kan zijn van zoönotische (virusoverdracht van dier op mens) uitbraken. In februari jl. is de expertgroep zoönosen ingesteld o.l.v. Henk Bekedam, die aanbevelingen gaat doen om de risico's op toekomstige zoönotische uitbraken te verkleinen. De experts brengen in beeld wat hiervoor nodig is in de breedte van volksgezondheid, diergezondheid en milieu. Het advies van de expertgroep wordt voor het zomerreces naar uw Kamer gestuurd.
- *Internationale samenwerking*: De Nederlandse agenda voor *pandemic preparedness* is sterk verbonden met internationale ontwikkelingen. Momenteel lopen onderhandelingen over een wetgevingspakket rondom de Europese Gezondheidsunie. Met de gezondheidsunie wil de Commissie de EU-lidstaten beter ondersteunen bij het voorkomen, beheersen van en voorbereiden op gezondheidscrises. Het pakket bestaat uit drie verordeningen respectievelijk het EU-crisismechanisme, de mandaten van het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) en het Europees Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC); daarnaast is de oprichting van de Europese *Health Emergency Preparedness and Response Authority* (HERA) aangekondigd. Met de HERA beoogt de Europese Commissie de EU en de lidstaten in staat te stellen om in geval van een grensoverschrijdende bedreiging van de gezondheid snel de meest geavanceerde medische maatregelen te nemen. Naar verwachting zal het Commissievoorstel voor een toekomstige HERA na de zomer verschijnen. Het kabinet zal dan zoals gebruikelijk de Kamer een appreciatie doen toekomen.

<sup>35</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 547.

<sup>36</sup> Special envoy vaccins Hans Schikan, Vaccins, van productie tot preparedness, 15 maart 2021.

Ons zorglandschap moet robuuster en flexibeler worden, zodat we ook crisissituaties aan kunnen, die we nu niet kennen of kunnen bedenken. De Covid-crisis heeft laten zien dat er structurele vraagstukken liggen over de manier waarop ons zorglandschap is voorbereid op de toekomst. Dat geldt voor zowel de curatieve als de langdurige zorg. We zullen op dit vlak nog de nodige geleerde lessen moeten ophalen om deze en andere vraagstukken vervolgens uit te werken samen met alle betrokken partijen.

We werken op dit moment aan de bouwstenen om met deze vraagstukken aan de slag te gaan. Daarbij gaat het om het behouden en uitbouwen van een vorm van zorgcoördinatie, regie en aansturing in tijden van crisis en het behouden van de versterkte samenwerking binnen en tussen de zorgsectoren (zowel cure- als caresector) en tussen regio's, bijvoorbeeld via het ROAZ. Specifiek aandachtspunt hierbij is een gedegen structurele borging van de langdurige zorg in ROAZ-verband. De noodzakelijke samenwerking in de regio is goed van de grond gekomen en de inzet moet zijn om deze samenwerking te behouden en niet terug te vallen op hoe het was. We werken daarnaast aan het versnellen en verdiepen van de digitalisering en hybride ontwikkelingen. Dan gaat het om zowel een moderne manier van de zorgverlening zelf als het delen van informatie over de domeinen heen. Zo is het kunnen delen van gegevens, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van (niet-)ziekenhuisbedden, tussen zorgaanbieders in de regio en met de GGD-en en RIVM essentieel gebleken voor het kunnen hanteren van een pandemie. Voor de langdurige zorg gaat het ook om voldoende (toepassing van) kennis omtrent infectiepreventie in de instellingen voor langdurige zorg en aanbieders van zorg en ondersteuning thuis. Voor de bescherming van medewerkers in de zorg is het beschikbaar hebben van voldoende beschermingsmiddelen en een mechanisme voor de opschaalbaarheid daarvan belangrijk. Als laatste wordt gewerkt aan flexibele capaciteit van materiaal en flexibele capaciteit van (medisch geschoolde) zorgprofessionals (incl. de benodigde opleidingsinspanningen).

Cruciaal bij het aankunnen van een crisissituatie, is het welzijn van zorgprofessionals. Zij moeten mentaal en fysiek goed uitgerust zijn om zorg te kunnen verlenen. De eerste uitkomsten van een enquête onder 7.000 zorgprofessionals geven reden tot zorg: velen ondervinden nog dagelijks problemen als gevolg van de extreme context, waarin zij gewerkt hebben het afgelopen jaar. De Minister voor MZS is in gesprek met beroeps- en belangenorganisaties van zorgprofessionals over de eerste inzichten en oplossingsrichtingen. Op dit moment wordt een verkenning wordt uitgevoerd naar een Nationale Zorgreserve, in lijn met de motie van de leden Pieter Heerma en Wilders, die verzocht onderzoek te doen naar een Nationale Zorgreserve, in te zetten tijdens een pandemie, ramp of terreuraanslag (Kamerstuk 25 295, nr. 692). Over de voortgang van deze verkenning informeren wij u in de zomer.

Voor de houdbaarheid van een robuust zorglandschap vormen mantelzorgers, (informele) pgb zorgverleners en vrijwilligers een onmisbare schakel. Zij moeten tevens worden meegenomen in de structuur voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Voor mantelzorgers zijn hierbij goede ondersteuning en respijtvoorzieningen belangrijk om de mantelzorgtaken te kunnen blijven volhouden. In algemene zin is een sterke sociale basis van belang zodat kwetsbare groepen sociaal contact en laagdrempelige ondersteuning hebben.

Op en afschalen maatschappelijke opvang: de epidemie heeft duidelijk gemaakt dat het van belang is in dergelijke situaties – met name als sprake is van een lockdown waarin mensen worden opgeroepen thuis te blijven en waarin openbare voorzieningen zoals bibliotheken worden gesloten – ruimte is voor gemeenten om de maatschappelijke opvang flexibel op- en af te schalen om mensen die dak- of thuisloos zijn een veilige plek te kunnen bieden, zodat ook zij zich aan de gedrags-, hygiëne en afstandsmaatregelen kunnen houden.

#### *Rol OMT en opdrachtgeverschap RIVM*

Het Ministerie van VWS is opdrachtgever van het RIVM, waaronder het Centrum Infectieziekten Bestrijding. Onderdeel van deze opdracht is de «brandweerfunctie». Het Centrum Infectieziektebestrijding (Clb) coördineert de bestrijding van infectieziekten. Het gaat hierbij om effectieve preventie, hoge waakzaamheid en snelle reactie bij een uitbraak. Als onderdeel van het Clb is het landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding verantwoordelijk voor advisering en implementatie, zij zijn 24/7 bereikbaar voor GGD-artsen- en sociaal verpleegkundigen infectieziektebestrijding. Daarnaast is VWS opdrachtgever voor een specifiek op COVID-19 gericht RIVM programma in 2021 om alle covid-19 gerelateerde activiteiten te faciliteren. Ik onderzoek op welke wijze deze activiteiten in 2022 voortgezet moeten worden, en op welke wijze deze op een later moment eventueel opgenomen moeten worden in reguliere structuren. Het gaat dan bijvoorbeeld over vraagstukken zoals het integreren van de vaccinatiecampagne in het rijksvaccinatieprogramma, een onderzoek naar invloed van ecologische omstandigheden op zoonoses en een groot onderzoeksprogramma naar de effectiviteit van de vaccinatiecampagne. Hierover moet nog besloten worden wat de inzet gaat worden.

In de afgelopen periode heeft het Outbreak Management Team (OMT) een cruciale adviserende rol gehad. Grote delen van de crisis kwam het OMT wekelijks bij elkaar en werden elke week, soms meerdere, goed doorwrochte, direct toepasbare adviezen geleverd. Ik wil daar ook mijn waardering voor uitspreken. In de huidige situatie, de afbouwfase van de epidemie zijn nog frequent adviezen van het OMT nodig, maar niet meer elke week. Het OMT wordt nu bevraagd op vraagstukken over de iets langere termijn, de benodigde voorbereiding voor de endemische fase, maar ook op de benodigde voorbereiding op mogelijke tegenvallers en een eventuele opleving van het virus. In de overgangsfase zal het OMT minder frequent bij elkaar hoeven komen, maar het blijft noodzakelijk dat we wendbaar zijn, en het OMT bij eventuele tegenvallers snel beschikbaar is.

Het Ministerie van VWS zal samen met het RIVM, indien nodig geadviseerd door het OMT, werken aan de actiepunten die voortkomen uit de diverse evaluaties, zowel nationaal als internationaal binnen Europa en in WHO-verband.

#### *Maatschappelijke en economisch herstel*

De coronacrisis heeft een grote economische en maatschappelijke impact gehad en heeft bestaande kwetsbaarheden verdiept. Sommige effecten zijn echter minder zwaar dan aanvankelijk gevreesd mede door het omvangrijke steunbeleid van het kabinet en veerkracht van Nederlandse huishoudens en bedrijven. Het CPB en DNB verwachten dat de economie zich vlot zal herstellen en verwachting is ook dat de crisis in de meeste huishoudens niet direct tot structurele problemen zal leiden. Dit betekent echter niet dat het herstel in alle haarvaten van de samenleving als vanzelf plaatsvindt. Sommige groepen zoals jongeren, zzp'ers en flexwerkers zijn harder geraakt door de crisis dan anderen en hebben soms nog een lange

weg te gaan. Vaak betrof het juist ook groepen die al kwetsbaar waren voor de crisis en zien we een stapeling van problematiek. Hierdoor zijn verschillen in de samenleving toegenomen op gebieden zoals arbeid, inkomen, scholing en welbevinden.

De komende tijd is het van belang om beter in kaart te brengen waar de grootste problemen zich in de samenleving voordoen en hoe deze zich in de tijd ontwikkelen. Leidt de coronacrisis ergens tot structurele problemen? Moet hierop worden ingegrepen? En waar toont de samenleving zich vooral veerkrachtig en innovatief en moeten we vooral kansen voor vernieuwing pakken? Afgelopen maanden zijn al diverse initiatieven gelanceerd om vinger aan de pols te houden en problematiek nader te duiden waaronder het VNG Dashboard Sociale Impact Corona en de CBS-monitor ontwikkeling welvaart.

Daarnaast heeft binnen departementen een eerste inventarisatie van mogelijke herstel- en vernieuwingsopgaven plaatsgevonden. Op basis hiervan is een aantal domein-overstijgende opgaven geformuleerd. Ook heeft een intensief dialoogtraject plaatsgevonden met burgers, bedrijven, middenveld, (dwars)denkers en wetenschap. Daarin is gesproken over perspectieven voor herstel en vernieuwing ([www.watisjouwidee.nl](http://www.watisjouwidee.nl)). De zomer moeten we benutten om nadere duiding te geven en focus aan te brengen in de domein-overstijgende herstel- en vernieuwingsopgaven, ideeën verder te brengen en eerste handelingsperspectieven te ontwikkelen. Besluitvorming over herstel- en vernieuwingsopgaven is echter aan een nieuw kabinet.

Ook is het van belang dat we ons deze zomer voorbereiden op situaties waarin sprake is van een heropleving van het virus, bijvoorbeeld vanwege een onvoldoende hoge vaccinatiegraad en/of opkomst van virusvarianten waartegen de huidige vaccins minder goed werken. Er is meer kennis en inzicht in welke maatregelen het meest effectief zijn en er is meer zicht op de bredere maatschappelijke impact van de crisis. Ook verandert de context waarin maatregelen worden genomen: steeds meer mensen zijn gevaccineerd en de testinfrastructuur is sterk verbeterd. Deze kennis en inzichten moeten we slim benutten om tot de optimale aanpak te komen in deze nieuwe context. Zeker in de wetenschap dat het draagvermogen van veel mensen in financieel en mentaal opzicht onder grote druk heeft gestaan, net als de natuurlijke dynamiek van het bedrijfsleven die van groot belang is voor een sterke economie.

#### *Nafase: Evalueren, lessons learned en parlementaire verantwoording*

Het kabinet zal ook nadat de crisis ten einde is, verantwoordelijk zijn voor het gezamenlijk organiseren van de evaluatie en verantwoording van de Covid-19 crisis. Uitgangspunten hiervoor zijn dat elk departement zijn archivering en feitelijke onderbouwing op orde heeft. Er zal zoveel mogelijk aangesloten worden bij bestaande (departementale) structuren. Wat departementaal besloten is wordt departementaal verantwoord en wat interdepartementaal besloten is zal interdepartementaal verantwoord worden. Binnen de Covid-19 evaluatie en verantwoording vallen de volgende thema's: interdepartementale Wob coördinatie, Hotspot-archivering, tijdlijnreconstructie, parlementaire verantwoording en coördinatie van evaluatieonderzoeken zoals bijvoorbeeld het onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) en onderzoeken van de Algemene Rekenkamer.

Het kabinet draagt ook zorg voor het aanjagen, coördineren en initiëren van domeinoverstijgende evaluaties en evaluatiethema's. Hierbij werkt het DGSC19 samenlevingsgericht, domeinoverstijgend en interdeparte-

mentaal. Zowel de vraag welke lessen geleerd kunnen worden op korte termijn als lange termijn effecten krijgen hierin de volle aandacht. Deze evaluaties zijn zoals gezegd gericht op effecten op de samenleving; hoe hebben we het aangepakt, wat leren we van de aanpak en zijn we voorbereid op een volgende crisis?

## **6. Doorontwikkeling dashboard**

Het dashboard heeft een belangrijke rol gespeeld in de informatievoorziening ten behoeve van besluitvorming en in de communicatie richting de samenleving. Het dashboard heeft als doel om de meest relevante informatie op het gebied van het epidemiologische beeld, de curatieve zorg, de langdurige zorg, vaccinaties en regionale risiconiveaus te tonen. Daarbij wordt gestuurd op teksten op B1-niveau, het zo intuïtief mogelijk presenteren van data en het zo toegankelijk mogelijk maken van het dashboard. Hierdoor levert het dashboard informatie voor zowel publiek als voor bestuur en beleid. Voor de datastroom wordt gebruik gemaakt van een keten vanuit GGD'en, zorginstellingen en RIVM en de data zijn beschikbaar op landelijk, regionaal en gemeenteniveau. Het dashboard wordt wekelijks bezocht door ca. 2,5–3 miljoen mensen.

Het dashboard is afgelopen jaar stap voor stap uitgebreid, doorontwikkeld en steeds toegankelijker gemaakt voor een breed publiek. In mijn brief van 19 mei 2020<sup>37</sup> kondigde ik aan uw Kamer het coronadashboard aan en beschreef ik uit welke elementen deze zou moeten bestaan. Daarvan zijn verreweg de meeste onderdelen in de loop van 2020 en in 2021 ontwikkeld en toegevoegd aan het dashboard. Daarbij bleek uiteindelijk een aantal beoogde onderdelen toch niet nodig. Dat geldt voor de sentinel surveillance (besmettingen onder zorgverleners) en de nalevingsmonitor van de Veiligheidsregio's. De nalevingsmonitor is in het najaar van 2020 vervangen door trendonderzoek van de RIVM Gedragsunit naar naleving en draagvlak van maatregelen onder een representatieve groep Nederlanders. In de eerste fase van de pandemie was de infectieradar niet bruikbaar. In het licht van de volgende fase van de pandemie bekijk ik de mogelijkheden om deze wel te benutten ten behoeve van verbetering van de monitoring.

## **7. Rioolwatermonitoring**

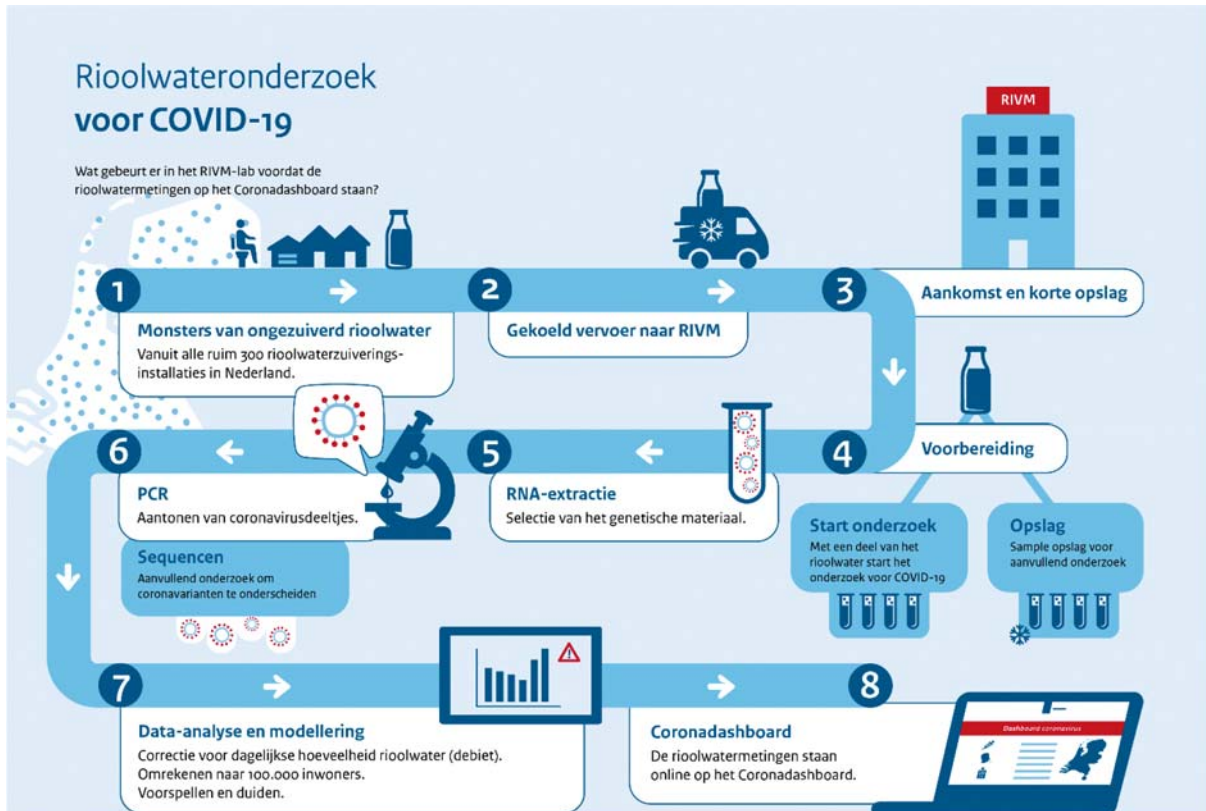
### *Programma Nationale Rioolwatermonitoring*

In de stand van zakenbrief COVID-19 van 13 april jl., heb ik uw Kamer geïnformeerd over de ondertekening van de bestuursovereenkomst Nationale Rioolwatermonitoring waarmee het programma Nationale Rioolwatermonitoring op 2 april jl. formeel van start is gegaan. In de zomer van 2020 is al wel begonnen met de intensivering en bijbehorende analyse van de gegevens. De bestuursovereenkomst die met het RIVM, de Unie van Waterschappen en de 21 waterschappen is opgesteld, is bijgevoegd bij deze brief<sup>38</sup>. De financiering van het programma geschiedt vanuit VWS aan de Waterschappen voor de intensivering van de bemonstering. Deze kosten bedragen circa 15 miljoen euro per jaar. De Unie van Waterschappen heeft eenmalige opstartkosten gemaakt (circa 4,65 miljoen euro). Het RIVM ontvangt separaat financiering vanuit VWS (circa 15 miljoen euro, ondergebracht in Programma-COVID 19 aan het RIVM) voor logistiek, analyse en duiding van de data. Dit betreft incidentele middelen.

<sup>37</sup> Kamerbrief 25 295, nr. 351.

<sup>38</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

De waterschappen bemonsteren inmiddels alle 313 rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's), waar dit er in augustus 2020 nog tachtig waren. Met de opschaling naar dit aantal meetpunten wordt het rioolwater van vrijwel alle Nederlandse huishoudens onderzocht. Industriële afvalwaterzuiveringen zijn niet altijd op de gemeentelijke RWZI's aangesloten. Het RIVM analyseert en duidt de genomen monsters. Iedere werkdag worden de beschikbaar gekomen data als open data op de website van het RIVM gepubliceerd. De data worden door het Ministerie van VWS diezelfde dag op het Coronadashboard gevisualiseerd. Onderstaand schema geeft dit proces weer.



Het doel van het programma is om eind 2021 stapsgewijs en gecontroleerd tot dagelijkse, landelijk dekkende bemonstering te komen. Op basis van de praktijkervaringen zijn de afspraken rond verdere opschaling geconcretiseerd. Er worden daarbij drie fases onderscheiden. In de huidige fase is reeds opgeschaald naar twee bruikbare metingen per RWZI per week. De tweede fase betreft vier bruikbare metingen per week (medio september). In de derde fase is het streven dagelijks monsters aan te leveren (uiterlijk december 2021).

De rioolcijfers worden op het Coronadashboard weergegeven in landelijke cijfers en per Veiligheidsregio en gemeente. Deze cijfers omvatten gemeten virusdeeltjes in het rioolwater gecorrigeerd voor de hoeveelheid water die per dag langs stroomt (zogenaamde debiet) per 100.000 inwoners. Het aantal virusdeeltjes is omgerekend naar 100.000 inwoners, zodat het mogelijk is regio's met elkaar te vergelijken. Sinds maart jl. worden de virusvrachten toebedeeld aan gemeenten en regio's op basis van CBS data.

In de afgelopen periode is door het RIVM veel verdiepend onderzoek gedaan ten behoeve van het interpreteren van de rioolwaterdata. De oplopende trend in het najaar en huidige afname in besmettingen en ziekenhuisopnames, zijn duidelijk te volgen in het rioolwater. Het RIVM ontwikkelt een methode om de rioolcijfers te modelleren. Met dit model kan een aantal dagen vooruit worden gekeken. Daarna wordt de mate van onzekerheid significant hoger. Modelleren wijst ook uit dat een sterke correlatie bestaat tussen de rioolcijfers en de ziekenhuisopnames op het niveau van de Veiligheidsregio's. Bij het grootschalig risicogericht testen in de gemeenten Bunschoten en Dronten, waarbij ook frequent rioolwater is onderzocht voor kalibratie, is gebleken dat rioolcijfers positief gecorrigeerd zijn met positieve testen. De nieuwe opgedane kennis heeft het RIVM in staat gesteld wetenschappelijk onderbouwde signaalwaarden voor rioolwater te ontwikkelen, die in het 115e OMT-advies zijn bekrachtigd. De signaalwaarden worden vanaf volgende week op de rioolwaterpagina van het Coronadashboard gepubliceerd. De signaalwaarden geven in eerste instantie meer duiding aan het brede publiek bij de rioolwatercijfers. Het OMT heeft geadviseerd om deze signaalwaarden de komende tijd verder te kalibreren. Na het afronden van dit proces van kalibratie kan de indicator volgens het OMT een goede aanvulling zijn op de huidige inschalingswaarden.

Ook is gebleken dat rioolwatermonitoring ons in staat stelt de aanwezigheid en eventuele spreiding van virusvarianten inzichtelijk te maken. Met de methode waarmee de Alfa variant wordt onderzocht, kunnen ook andere varianten worden aangetoond. Het RIVM werkt aan de «ontleding» van bestaande varianten zodat deze gedetecteerd kan worden in de monsters die worden afgenomen. Alle monsters die worden afgenomen, worden opgeslagen in een biobank van het RIVM. Mocht een nieuw coronavirus opduiken, dan kan het RIVM – zodra de genetische code daarvan bekend is – deze monsters analyseren. Ten slotte ontwikkelt het RIVM op basis van de gegevens die het afgelopen jaar zijn verzameld samen met de GGD'en een lokaal stappenplan. Dit stappenplan biedt een lokaal handelingsperspectief en maakt het mogelijk eventuele lokale brandhaarden gericht op te sporen.

Het proces van kalibratie van de signaalwaarden en hoe de nieuwe opgedane kennis helpt bij het doorontwikkelen van rioolwatermonitoring en bij het monitoren van het virus in de endemische fase, zet ik uiteen in de paragraaf over monitoring in de endemische fase.

#### Overige ontwikkelingen omtrent rioolwatermonitoring

Hoewel de focus van het rioolwaterprogramma vooralsnog ligt op de monitoring van SARS-CoV-2 kan de opgebouwde infrastructuur voor de monitoring van afvalwater ook breder worden ingezet voor het monitoren van andere stoffen. Deze wens is ook opgenomen in de bestuursovereenkomst van het programma Nationale Rioolwatermonitoring. Naast de vroegsignalering van infectieziekten kan gedacht worden aan het monitoren van indicatoren op het gebied van genotsmiddelen, voeding, obesitas, roken en alcoholconsumptie en medicijnresten. VWS en RIVM verkennen de mogelijkheden tot verdere verbreding van het rioolwaterprogramma. Na de zomer worden de eerste pilots uitgevoerd met kansrijke andere gezondheidsaspecten die met behulp van afvalwater kunnen worden gemonitord. In deze verkennende fase wordt beoordeeld voor welke stoffen dit ook echt van meerwaarde is voor genoemde beleidsterreinen. Ik laat uw Kamer te zijner tijd weten hoe het programma Nationale rioolwatermonitoring mogelijk verbreed wordt. Gezien de verkennende fase waarin dit proces zich nog bevindt, is de verwachting dat dit niet eerder dan de eerste helft van volgend jaar zal zijn.

De opgedane kennis en ervaring van de afgelopen periode maakt dat Nederland als een van de koplopers in Europa wordt gezien. Om deze wijze van monitoren te bevorderen, heeft de Europese Commissie onlangs een aanbeveling gepubliceerd.<sup>39</sup> Er is voor de jaren 2021 en 2022 in totaal twintig miljoen euro vrijgemaakt voor alle lidstaten. In dat kader kan Nederland aanspraak maken op ruim 750.000 euro. Nederland is voornemens van dit budget gebruik te maken om rioolwatersurveillance verder te ontwikkelen. In het derde kwartaal informeer ik uw Kamer of en op welke wijze de Nederlandse regering dit budget inzet.

## 8. Testen en traceren

Het testbeleid heeft twee doelstellingen:

1. Testen om het virus op te sporen en te bestrijden;
2. Testen om de samenleving stapsgewijs te openen.

Hieronder vat ik samen wat de stand van zaken is en welke acties worden ondernomen om deze twee doelen te realiseren.

### *Spoor 1: Testen gericht op opsporen en bestrijden*

#### 1a Testen van risicodoelgroepen

In juni is het totaal aantal testafnames verder afgenomen; in week 21 (24 tot 30 mei) werden ca. 35.000 testen per dag inclusief klinische testen afgenomen, in week 22 (31 mei tot 6 juni) daalde dat naar ca. 32.000 testen per dag inclusief klinische testen en vorige week (7 tot 13 juni) daalde dat verder naar ca. 26.000 testen per dag. De doorlooptijden zijn goed, en zijn gemiddeld 30 uur van het maken van een afspraak tot het krijgen van de uitslag. Verder zien we dat het percentage positieve testuitslagen ook verder daalt: in week 21 (24 tot 30 mei) testte ca. 9% positief bij de GGD, vorige week (7 tot 13 juni) testte ca. 5% positief bij de GGD. Hierbij zien we dat in week 23 (7 tot 13 juni) 33% van het aantal positieve testuitslagen afkomstig is geweest van een confirmatietest.

Samen met mijn collega van Infrastructuur en Waterstaat tref ik voorbereidingen voor het testen uitgaande en inkomende reizigers. Voor het testen van uitgaande reizigers hebben de GGD'en aangegeven een bijdrage te kunnen leveren aan het inzetten van testcapaciteit voor reizigers tijdens de zomer. De GGD'en garanderen 35.000 PCR-testen per dag. Het testen van reizigers gaat hierdoor niet ten koste van het testen ter bestrijding van het coronavirus in Nederland. De GGD'en zijn bereid om in gesprek te blijven over situaties waarin meer of juist minder testen nodig zijn.

Daarnaast signaleert het RIVM momenteel een grote toename in het aantal jongeren dat besmet terugkeert van een vakantie uit een gebied met een geel reisadvies. Dit ziet met name op bestemmingen als Albufeira, Mallorca en Ibiza. Jongeren zijn vaak nog niet gevaccineerd wat de kans vergroot dat zij ook andere varianten van het COVID-virus, zoals de delta-variant, Nederland mee terug nemen. Het RIVM adviseert onder meer om bij «Points of Entry» laagdrempelig COVID-19 testen aan te bieden aan jongeren en jongvolwassenen die terugkomen van vakantie.<sup>40</sup> Hetzij door een testfaciliteit op locatie, hetzij door middel van zelftesten. Daarom krijgen de scholieren in het VO aan het einde van het schooljaar zelftesten mee, om zich terug van vakantie én voor de start van het nieuwe schooljaar te testen.

Daarnaast is het uiteraard van belang dat jongeren zich laten testen bij de GGD als ze klachten ontwikkelen na terugkeer en een positieve zelftest

<sup>39</sup> Aanbeveling nummer 2021/472. Kabinetsreactie middels Kamerstuk 22 112, nr. 3097.

<sup>40</sup> Zie het «Advies om risico op COVID-19 bij feestvakantiegangers te beperken» in de bijlage, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

laten bevestigen bij de GGD. Het blijft tevens belangrijk dat ook op vakantie de basismaatregelen gevolgd worden en een jongere zich meteen laat testen indien hij of zij klachten krijgt, ook wanneer dit in het buitenland is.

Maar niet alleen voor jongeren is het belangrijk dat zij zich bij thuiskomst laten testen.

Het is van belang dat iedereen na thuiskomst van vakantie een test uitvoert. Bij klachten moet dat natuurlijk bij de GGD, maar het is belangrijk dat mensen ook zelftesten benutten om bij mogelijk gelopen risico klachten niet af te wachten. Alleen zo kunnen we weer nieuwe besmettingen voorkomen en de samenleving met elkaar openhouden.

Om mensen te stimuleren dit ook echt te gaan doen starten we een campagne om het zelftesten te bevorderen. Daarbij willen we ook eenmalig zelftesten beschikbaar stellen voor elke Nederlander, maar we moeten nog uitzoeken of dit logistiek te organiseren is.

Het zou mensen die mogelijk nog een drempel ervaren om een zelftest te kopen of te gebruiken over die drempel kunnen helpen. We willen dit dan nog voor het einde van de zomerperiode regelen, zodat iedere Nederlander aan het einde van de vakantieperiode in ieder geval een zelftest tot zijn beschikking heeft. Zoals aangekondigd in de stand van zakenbrief van 11 mei heb ik vooruitlopend hierop al wel geregeld dat de sociale minima kunnen beschikken over zelftesten. Deze worden binnenkort via onder andere de voedselbanken beschikbaar gesteld.

Tot slot is in de LCT besloten om de GGD'en actief te vragen om voldoende PCR-testen uit te voeren zodat voldaan kan worden aan het advies van het OMT met betrekking tot de aantallen die benodigd zijn om kiemsurveillance te kunnen uitvoeren. Kiemsurveillance is van belang om zicht te houden op (mutaties van) het coronavirus.

#### 1c Risicogericht testen in het voortgezet onderwijs

Het kabinet heeft zelftesten voor het onderwijs beschikbaar gemaakt. Met deze zelftesten kunnen leerlingen in het voortgezet (speciaal) onderwijs zichzelf bij een besmetting in de klas testen. Voor komend schooljaar vragen wij scholen uit het voortgezet (speciaal) onderwijs zich voor te bereiden op de mogelijkheid dat ze risicogericht hun leerlingen kunnen laten testen. Dit geldt ook voor instellingen uit het middelbaar beroepsonderwijs (mbo). Naast risicogericht kan er ook preventief worden getest met deze zelftesten, hier ga ik nader op in onder het kopje 2c Preventief testen in het onderwijs en de kinderopvang.

#### *Bron- en contact onderzoek*

Het kabinet volgt het OMT-advies over BCO zoals hierboven weergegeven. Over de datum waarop deze adviezen in werking treden vindt overleg plaats tussen de GGD'en en het RIVM, aangezien de GGD'en enkele dagen nodig zullen hebben om de nieuwe adviezen op basis van een aangepast BCO-protocol in te regelen in de uitvoering. In de brief over de overgang naar de endemische fase wordt nader ingegaan op wat er komende periode nodig is.

Het algemene thuisblijf advies voor huisgenoten van iemand met coronaklachten en koorts of benauwdheid (totdat de uitslag bekend is), vervalt per direct.

Momenteel is de BCO-capaciteit van de GGD'en en GGD GHOR Nederland volledig opgeschaald. De GGD'en hebben op dit moment capaciteit beschikbaar om bij 4.400 besmettingen per dag elke besmetting op te

volgen met een volledig BCO inclusief monitorgesprekken op dag 5 en dag 10. Op dit moment voeren alle 25 GGD'en volledig BCO inclusief monitorgesprekken op dag 5 en dag 10.

### *Spoor 2 Testen om de samenleving te openen*

Naast het testen om het virus op te sporen en te bestrijden, zet het kabinet ook in op het meer mogelijk maken van testen om de samenleving stapsgewijs steeds meer te openen.

#### 2a Testen gericht op veilige toegang tot het sociale leven (spoor 2a)

Op 25 mei jl. heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wetsvoorstel Coronatoegangsbewijzen. Daarmee is het sinds 5 juni, het moment dat stap 3 in het openingsplan werd gezet, mogelijk voor ondernemers en organisatoren om de coronatoegangsbewijzen op basis van de wet in te zetten.

In de periode van 1 tot en met 14 juni jl. zijn er ruim 80.000 testen uitgevoerd in het kader van de coronatoegangsbewijzen, waarvan het deel tot 5 juni bestond uit pilots. Het merendeel van deze testen is uitgevoerd in het kader van sportwedstrijden, zoals het EK hockey en het EK voetbal. Het kunnen toelaten van publiek bij deze evenementen is zeer positief ontvangen door zowel de organisatoren als ook het publiek. Bij beide evenementen hebben zelfs buitenlandse supporters hun team kunnen aanmoedigen. Een succesverhaal is dat bij de wedstrijden Nederland – Oekraïne en Nederland – Oostenrijk voor het EK voetbal alle supporters het proces van testen tot en met de binnenkomst in het stadion met succes hebben doorlopen en alle supporters op tijd in het stadion waren. Daarnaast is er onder meer getest voor casino's en arcadehallen en voor voorstellingen of concerten. Alle testaanbieders die zijn gecontracteerd door de Stichting Open Nederland zijn inmiddels gekoppeld aan de Coronacheck app. De verwachting is dat dit het proces vergemakkelijkt en rijvorming voorkomt.

#### Testcapaciteit

Binnen de Coronatoegangsbewijzen blijven toegangstesten een belangrijk alternatief voor bezoekers die zich niet willen laten vaccineren of nog niet volledig gevaccineerd zijn. Tegelijkertijd blijft het kabinet ook kritisch kijken of de aannames die we gedaan hebben nog wel kloppen. De Stichting Open Nederland is gevraagd om nieuwe prognoses te maken en indien nodig zal daarop worden bijgestuurd. Daarnaast is het een brede wens om een fijnmazige testcapaciteit op te zetten, waar een testlocatie voor alle burgers op beperkte reisafstand beschikbaar is. Dat betekent op sommige momenten ook dat niet altijd overal de volledige testcapaciteit wordt benut.

Vanuit de marktvraag 1, verspreid over zeven regio's over Nederland, wordt er een capaciteit opgebouwd naar 120.000 testen per dag. Deze capaciteit wordt verdeeld over 50 operationele locaties met een openingstijd van 10 uur. Momenteel is 100% van deze locaties operationeel.

In de marktvraag 2 wordt opgebouwd naar een additionele capaciteit van 105.000 testen per dag die verdeeld is over 50–60 locaties. Hiervan is momenteel 74% operationeel (dit zijn 45 locaties). De dekkingsgraad van de momenteel opgebouwde 95 locaties uit marktvraag 1 en marktvraag 2 is tussen de 86% en 98% (20 resp. 30 min reistijd). In de bijlage vindt u de spreiding van de testlocaties voor toegangstestbewijzen over Nederland, waarmee ik voldoe aan de toezegging van het lid de Vries

(VVD) om een manier te vinden om de kaart van de landelijke spreiding aan u toe te sturen<sup>41</sup>.

Daarnaast worden XL-locaties gebouwd; welke na de aanbesteding voor exploitatie bemand worden, afhankelijk van de nieuwe prognoses vanuit Stichtingen Open Nederland. Inmiddels zijn er al drie XL-locaties klaar.

Gepland is dat de testcapaciteit eind juni zal uitkomen op maximaal 350.000testen per dag. In totaal zijn al 243 aangemelde evenementen; dit zijn in totaal ruim 3 miljoen bezoekers. Een deel hiervan staat gepland na de zomer, waarvoor geldt dat niet zeker is of toegangstesten nog nodig zal zijn. Tegelijkertijd wordt met stap 4 in het openingsplan de inzet van toegangsbewijzen van nog meer toegevoegde waarde, omdat de 1,5 meter kan worden losgelaten. De verwachting is dat dit met name interessant zal zijn voor evenementen. De hoeveelheid evenementen zal leiden tot piekbelastingen in vooral het weekend, die met de op te bouwen capaciteit kan worden opgevangen. Naast deze aanvragen voor testcapaciteit voor grote evenementen en sportwedstrijden, is de verwachting dat ook bijvoorbeeld theaters, poppodia, casino's en discotheken en kleine, lokale evenementen van de beschikbare testcapaciteit voor reguliere exploitatie gebruik zullen gaan maken.

#### Pilots toegangstesten

Voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wet liepen er van april tot 5 juni pilots met toegangstesten in de cultuur-, sport- en recreatiesector. In de stand van zaken brief van 28 mei jl. heb ik u geïnformeerd over het onderzoek van KPMG naar de pilots in april. Ik verwacht u binnen enkele weken te kunnen informeren over het vervolgonderzoek van KPMG naar de uitkomsten van de pilots in mei en juni.

#### Stand van zaken amendement Bikker

Naar aanleiding van het amendement Bikker<sup>42</sup> is in de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen bepaald dat personen die vanwege een beperking of een ziekte geen test kunnen ondergaan of als gevolg van een test ernstig onregelmatig raken, niet verlangd mag worden dat zij negatief zijn getest op, gevaccineerd zijn tegen of aantoonbaar hersteld zijn van een infectie met het coronavirus, teneinde toegang te verkrijgen tot bepaalde activiteiten of voorzieningen. Dit betreft naar verwachting een zeer kleine groep mensen, die echter (nog) niet goed af te bakenen is door middel van toetsing aan de hand van algemene criteria. Momenteel verken ik de route waarbij deze burgers zelf een verklaring ondertekenen. Na goedkeuring, kan dan op basis van deze verklaring een toegangsbewijs in de vorm van een QR-code kan worden verschaft. Hiermee kan deze groep, net als personen met een negatieve testuitslag, gedurende 40 uur toegang verkrijgen tot activiteiten en voorzieningen. Uit de verkregen QR-code is niet af te leiden dat de houder tot deze specifieke groep personen behoort.

Teneinde misbruik tegen te gaan, zal worden gemonitord hoe vaak dit proces wordt toegepast. Omdat deze opgave voor zowel de GGD'en als Stichting Open Nederland complex is qua logistiek en IT-aanpassingen, is de invoering van deze route nog niet operationeel. Ik verwacht u daar in de volgende stand van zakenbrief verder over te kunnen informeren.

<sup>41</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>42</sup> Kamerstuk 35 807, nr. 30.

Tot slot merk ik op dat in de week van 21 juni coronatoegangsbewijzen ook gebaseerd kunnen worden op een afgerond vaccinatieschema<sup>43</sup> tegen het coronavirus. Waarschijnlijk is een deel van de mensen in deze specifieke groep al gevaccineerd.

#### *Stand van zaken zelftesten voor toegang*

Naar aanleiding van de motie van de leden Westerveld en Paternotte heeft een werkgroep onder de LCT de afgelopen weken een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om zelftesten te gebruiken voor het verkrijgen van een toegangsbewijs (Kamerstuk 35 807, nr. 43). De werkgroep heeft daartoe in kaart gebracht welke oplossingen er in Nederland en andere Europese landen beschikbaar zijn waarvan geleerd kan worden en welke technische mogelijkheden en juridische belemmeringen er zijn. De werkgroep concludeert dat er geen concrete voorbeelden zijn uit Nederland of andere Europese landen die één-op-één over te nemen zijn, maar dat er wel voldoende juridische en technische mogelijkheden zijn om zelftesten voor toegang in te zetten.

De werkgroep schetst randvoorwaarden die belangrijk zijn om zelftesten zo veilig mogelijk te kunnen gebruiken. De werkgroep adviseert om bij het gebruik van zelftesten voor toegang altijd fysieke of digitale controle in te bouwen, waarbij gecontroleerd wordt wie de test heeft uitgevoerd, op welk moment, en of de stappen op een goede manier doorlopen zijn. Daarnaast adviseert de werkgroep om het OMT te vragen of en hoe zelftesten veilig gebruikt zouden kunnen worden, en daarbij ook specifiek te vragen naar de hiervoor benodigde geldigheidsduur van een testbewijs dat via een «gecontroleerde zelftest» verkregen is. De werkgroep schat op basis van een eerste inventarisatie van wat er benodigd is om het zelftesten voor toegang met digitale of fysieke controle op te zetten, dat met een minimale implementatietijd van twee maanden gerekend moet worden.

In welke vorm dan ook schat de werkgroep in dat het veiligheidsniveau van het professioneel testen niet bereikt zal worden. De werkgroep doet geen uitspraak over de wenselijkheid van het zelftesten voor toegang. Het verlies aan veiligheid weegt zwaar, omdat het de gedachte van toegangstesten is dat iedereen bij een activiteit erop moet kunnen vertrouwen dat anderen op een deugdelijke wijze een testbewijs hebben verkregen. In hoeverre de winst in termen van laagdrempeligheid en fijnmazigheid van het toegangstesten hier tegenop weegt is wat betreft de werkgroep een politieke afweging die op basis van de verkenning en het OMT-advies gemaakt kan worden.

De werkgroep schetst in haar verkenning belangrijke inzichten en nuttige randvoorwaarden voor de afweging om zelftesten al dan niet in te zetten voor toegang. Ik zie in het advies en haar aanbevelingen voldoende aanknopingspunten om de mogelijkheden voor het inzetten van zelftesten voor toegang verder te verkennen. Gezien het tempo van het loslaten van de maatregelen en daarmee ook de duur dat het toegangstesten nog een grote rol zal spelen, vind ik het belangrijk om ook de implementatietijd en kosten in de afweging over het inzetten van zelftesten mee te nemen en hier een beter beeld van te krijgen. Conform het advies van de werkgroep zal ik het OMT vragen of en hoe zelftesten veilig gebruikt kunnen worden en wat dan een gewenste geldigheidsduur is. Daarnaast zal ik een marktconsultatie uit laten voeren om een scherper beeld te krijgen van de

---

<sup>43</sup> Een afgerond vaccinatieschema is één dosis van vaccins die er één nodig hebben, twee doses van vaccins die twee doses nodig hebben (de mRNA-vaccins en AstraZeneca), of één dosis in combinatie met een doorgemaakte COVID-infectie.

in de markt beschikbare oplossingen die binnen de randvoorwaarden van de werkgroep passen en de implementatietijd van deze oplossingen.

## 2b preventief testen voor werkgevers

Het Ministerie van VWS heeft afspraken gemaakt met Defensie over een structurele donatie van 1.000 professionele antigeen-sneltesten per maand. Deze testen worden benut voor werknemers die zich bijvoorbeeld in een trainingssituatie, op een vaartuig, of op een missie bevinden waar beperkte mogelijkheden zijn om een testfaciliteit in te richten of de afstand tot testfaciliteiten groot is.

## 2c Preventief testen in het onderwijs en kinderopvang

Alle scholen en kinderopvangorganisaties hebben in de afgelopen periode zelftesten ontvangen, zodat leerlingen en personeel zichzelf tot aan de zomer twee keer per week preventief kunnen testen. Hiervoor hebben we orders geplaatst voor circa 72 miljoen zelftesten met een waarde van circa 388 miljoen. Er is in opdracht van OCW een aanvraagproces ingericht, waar scholen in het primair, speciaal en voortgezet (speciaal) onderwijs kunnen aangeven wat hun behoefte is voor toekomstige leveringen. Daarnaast zorgen we dat scholen in het voortgezet (speciaal) onderwijs leerlingen aan het begin van de vakantie 4 (extra) testen mee geven, zodat zij zich aan het eind van de vakantie en voor aanvang van het schooljaar (preventief) kunnen testen. Hiermee willen we een mogelijke besmetting die een leerling tijdens de vakantie heeft opgelopen zo snel mogelijk detecteren en daarmee zo snel mogelijk indammen.

De meeste studenten en medewerkers in het bekostigde middelbaar beroepsonderwijs (mbo) en het hoger onderwijs (ho) kunnen testen aanvragen<sup>44</sup>, die zij vervolgens thuis geleverd krijgen. Tot 14 juni jl. zijn in totaal 358.386 aanvragen via de portal gedaan. In de eerste twee weken waarin het mbo is opgenomen, zijn er vanuit die sector 36.300 aanvragen gedaan. Om de aanvraagdrempel en de frequentie van de aanvragen te verlagen, worden sinds 31 mei bij iedere aanvraag acht zelftesten geleverd. Tevens is aan instellingen in het mbo en ho een uitvraag gedaan wat de testbehoefte is voor in de zomer, bijvoorbeeld voor zomerscholen of introductieperioden. Deze testbehoefte zal worden voorzien.

Op dit moment worden de test aantallen en data vanuit de distributie nauw gemonitord. Daarnaast is een onderzoeksbureau recent gestart met een bredere monitoring van zelftesten in het onderwijs en kinderopvang, waarin ook gedrag en motivatie worden meegenomen. Hierin worden schoolleiders/bestuurders, personeel en leerlingen/studenten bevraagd. Ik verwacht u in september te kunnen informeren over het onderzoek.

Op 1 juni jl. is de online campagne #Daaromtestik gestart. Deze campagne onderstreept het belang van twee keer per week zelftesten en moedigt het gebruik van zelftesten aan. In deze campagne motiveren jongeren waarom zij individueel de keuze maken om wel gebruik te maken van zelftesten. De jongeren, tevens leerlingen, zijn voor deze campagne door een onafhankelijk bureau geïnterviewd en hun uitingen zijn te vinden op Instagram, Facebook, Snapchat, TikTok, scholieren.com en schoolboards. Tevens zijn er ook posters beschikbaar gemaakt die scholen zelf kunnen downloaden en printen. Parallel hieraan is op 7 juni jl. een communicatiecampagne gestart voor het mbo, waarin aandacht wordt besteed aan het aanvraagportaal. OCW stimuleert via communicatie vóór en ná de

---

<sup>44</sup> Via Zelftest (zelftestonderwijs.nl).

vakantie dat scholieren en studenten de zelftesten gebruiken na terugkeer van vakantie uit het buitenland en bij de start van het school- of studiejaar.

### *Landelijk Expertteam Uitrol sneltesten*

#### Uitrol LAMP-test

De vereiste laboratoria op de XL-locaties zijn gebouwd en de LAMP lijnen worden de komende 2 weken geïnstalleerd. De vijftien beschikbare LAMP-lijnen worden over verschillende XL-locaties verdeeld.

#### Uitrol ademtest

Voorafgaande aan de verdere uitrol van de ademtest over meerdere locaties in Nederland is voor deze test een zogenaamde robuuste verificatie opgestart. Deze robuuste verificatie heeft als doel aan te tonen dat de methode goed genoeg is om grootschalig te kunnen worden gebruikt genoeg is om op verschillende locaties inzetbaar te zijn. De robuuste verificatie van de ademtest is inmiddels uitgebreid naar drie verschillende GGD-locaties. Door de lage prevalentie en het aantal benodigde positieven, kost het nog zeker een aantal weken om de verificatie af te ronden. Dit maakt dat de ademtesten te laat ingezet kunnen worden voor toegangstesten. Daarom is besloten de ademtesten niet te plaatsen in de teststraten voor toegangstesten.

### *Feiten en Cijfers over Testen en Traceren*

**Tabel 1. Feiten en cijfers Testen en Traceren week 18–20**

| <i>Indicator</i>                                                                               | <i>Week 21</i>                                                                                                                                        | <i>Week 22</i>                                                                                                                                        | <i>Week 23</i>                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen (GGD-testlocaties en klinische testen) <sup>1, 2</sup> | 247.226 totaal per week<br>35.318 gemiddeld per dag                                                                                                   | 229.159 totaal per week<br>32.737 gemiddeld per dag                                                                                                   | 182.994 totaal per week<br>26.142 gemiddeld per dag                                                                                                 |
| Totaal aantal afgenomen COVID-19 testen alleen bij de GGD testlocaties <sup>1</sup>            | 213.381 testen per week<br>30.483 gemiddeld per dag                                                                                                   | 197.540 testen per week<br>28.220 gemiddeld per dag                                                                                                   | 155.087 testen per week<br>22.154 gemiddeld per dag                                                                                                 |
| Percentage sneltesten van het totaal aantal afgenomen testen bij de GGD <sup>1</sup>           | 24,2%                                                                                                                                                 | 26,8%                                                                                                                                                 | 27,8%                                                                                                                                               |
| Het aantal meldingen positieven en percentage positieve testresultaten <sup>3</sup>            | 20.608 meldingen bij het RIVM<br>19.092 positieven uit de GGD-testlocaties<br>9,0% positieven in GGD-testlocaties                                     | 14.397 meldingen bij het RIVM<br>13.991 positieven uit de GGD-testlocaties<br>7,2% positieven in GGD-testlocaties                                     | 8.981 meldingen bij het RIVM<br>8.058 positieven uit de GGD-testlocaties<br>5,3% positieven in GGD-testlocaties                                     |
| Aantal en percentage opgestarte en afgeronde BCO2                                              | 95,0% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 19.413 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO. | 95,5% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 14.655 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO. | 93,0% van de contactinventarisaties i.k.v.h. BCO is uitgevoerd, 8615 in totaal. Dit loopt op gedurende de weken die volgen i.v.m. duur van het BCO. |
| Percentage mensen met nieuwe klachten dat bereid is zich te laten testen <sup>4</sup>          | 52% (meting 11 mei–17 mei)                                                                                                                            | 51% (meting 1 juni–7 juni)                                                                                                                            | 51% (meting 1 juni–7 juni)                                                                                                                          |
| Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en de testafname <sup>1</sup>            | 17,5 uur                                                                                                                                              | 16,1 uur                                                                                                                                              | 18,3 uur                                                                                                                                            |
| Gemiddelde tijd tussen de testafname en testuitslag <sup>1</sup>                               | 13,7 uur                                                                                                                                              | 13,8 uur                                                                                                                                              | 12,5 uur                                                                                                                                            |

| Indicator                                                                                                                                                  | Week 21  | Week 22  | Week 23  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Gemiddelde tijd tussen inplannen testafspraak en testuitslag <sup>1</sup>                                                                                  | 31,2 uur | 29,9 uur | 30,8 uur |
| Gemiddelde tijd tussen het inplannen van een afspraak en testuitslag voor prioritair testen (zorgpersoneel en onderwijs via GGD-testlocaties) <sup>1</sup> | 30,9 uur | 26,5 uur | 26,3 uur |

<sup>1</sup> Bron: CoronIT en Dienst Testen lab-uitvraag (25/05/2021).

<sup>2</sup> Het gaat hier om het totaal aantal COVID-19 testen afgenomen door GGD teststraten en zorginstellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen).

<sup>3</sup> Bron: Epidemiologische situatie Nederland, RIVM (25/05/2021).

<sup>4</sup> Bron: Trendonderzoek RIVM via <https://www.rivm.nl/gedragsonderzoek/trendonderzoek/naleving-van-en-draagvlak-voor-basis-gedragsregels>.

### *Digitale Ondersteuning Test- en Traceerketen*

Op 26 mei jl. heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht om een update van de rapportage naar aanleiding van de datadiefstal bij de GGD'en en het opnieuw vertrouwelijk ter inzage leggen van de audit voor de behandeling van het wetsvoorstel «Regels inzake het elektronisch delen en benaderen van gegevens tussen zorgverleners in aangewezen gegevensuitwisselingen». Middels deze stand van zakenbrief zal ik een overzicht en update geven over de acties naar aanleiding van de datadiefstal en kom ik tegemoet aan de wens om de audit opnieuw in te zien<sup>45</sup>.

### Overzicht acties naar aanleiding van de datadiefstal bij GGD'en

In mijn brief aan uw Kamer van 2 februari jl.<sup>46</sup> ben ik ingegaan op de acties die GGD GHOR Nederland en GGD'en in samenwerking met VWS genomen hebben en zouden gaan nemen naar aanleiding van de datadiefstal bij GGD'en waar op 24 januari jl. over is bericht. Deze acties zijn te verdelen in (1) korte termijnacties, (2) expertise, (3) strakker sturen en (4) externe controle. In mijn brief van 12 februari jl.<sup>47</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken naar aanleiding van deze aangekondigde acties. Op alle korte termijnacties was actie ondernomen, er was een expertteam aangesteld om GGD GHOR Nederland en GGD'en te ondersteunen en er was een verbeterplan fase I «de basis op orde» opgesteld. In mijn stand van zakenbrief aan uw Kamer van 23 februari jl.<sup>48</sup> heb ik u opnieuw op de hoogte gesteld van de vorderingen en heb ik een externe toetsing door het Bureau Gateway aangekondigd. Op 13 april jl.<sup>49</sup> ben ik in mijn stand van zakenbrief specifiek ingegaan op de vervanging van HPZone (Lite) door GGD Contact. Ten slotte heb ik uw Kamer op 11 mei jl.<sup>50</sup> geïnformeerd over de bevindingen van bureau Gateway en de uitkomsten van de externe audit door FoxIT.

Ten aanzien van de korte termijn wordt er geconcludeerd, op basis van verschillende rapportages, dat de korte termijnacties toereikend lijken, maar dat continue monitoring op het resultaat nodig is en blijft. Monitoring en de openstaande actiepunten zijn geborgd in het Verbe-

<sup>45</sup> De rapportage, Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>46</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 235.

<sup>47</sup> Kamerstuk 27 295, nr. 258.

<sup>48</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 995.

<sup>49</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1105.

<sup>50</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179.

terplan fase II dat aangestuurd wordt door de Regiegroep DOTT en gerapporteerd wordt aan de LCT.

#### Stand van zaken Verbeterplan fase II

Na de succesvolle afronding van het Verbeterplan fase I «de basis op orde» is de Regiegroep DOTT begin mei gestart met Verbeterplan fase II. De verwachting is dat het Verbeterplan fase II doorloopt tot en met september 2021. Dit plan monitort de resultaten van fase I en verstevigt de test- en traceerketen verder door middel van no-regret maatregelen. Daarbij gaat het om de implementatie van maatregelen op het gebied van datamanagement, incidentmanagement, changemanagement en een baseline voor ethische en juridische kaders.

De nulmeting datamanagement geeft inzicht waar ketenpartners momenteel staan met betrekking tot de betrouwbaarheid, beveiliging en beheersing van hun (test- en traceer-) data inclusief de onderliggende organisatie. Door het optimaliseren van het incidentmanagement in de keten krijgen partijen inzicht en overzicht in de procesketen en borging van de continuïteit en beschikbaarheid van de (IT-)systemen in de keten en het sneller kunnen oplossen van verstoringen in de keten. Door het inrichten van changemanagement in de keten krijgen partijen inzicht en overzicht in geplande en goedgekeurde wijzigingen en releases van de (ICT-)systemen en voor de borging van de continuïteit en beschikbaarheid van de (IT-)systemen in de keten. Ten slotte willen ketenpartners beter begrijpen welke ethische en juridische kaders er zijn en ontbreken voor een optimale bestrijding.

In het Verbeterplan fase II van de Regiegroep DOTT is naast testen en traceren ook aandacht voor vaccineren. De Regiegroep DOTT monitort en rapporteert de voortgang van alle acties aan mij via de LCT.

Uit de rapportages van Gateway en FoxIT blijkt dat er nog een aantal maatregelen nodig zijn om knelpunten weg te nemen richting de middellange en lange termijn. Maatregelen op de middellange en lange termijn zijn onderwerp van de gesprekken die gevoerd worden met de partijen in de testketen en hierover zal ik uw Kamer blijven informeren.

#### Stand van zaken vervanging HPZone (Lite) door GGD Contact

Een eerste versie van GGD Contact is de afgelopen twee maanden uitvoerig door enkele GGD'en getest. Hieruit zijn een aantal verbeterpunten gekomen die inmiddels zijn doorgevoerd. Op deze manier sluit de applicatie beter aan bij de directe werkprijktijk van onder meer de bron- en contactonderzoekers. De stuurgroep heeft recentelijk het besluit genomen dat de verbeterde versie van GGD Contact halverwege juli in gebruik wordt genomen door zes GGD'en. Naar verwachting volgt een aantal weken daarna de rest van de GGD'en. In de periode daarna wordt de applicatie stapsgewijs verder uitgebouwd tot het moment dat HPZone (Lite) voor de bestrijding van COVID-19 helemaal kan worden uitgezet.

### **9. Verbetering digitale ondersteuning/CoronaMelder**

#### *CoronaMelder*

Sinds de landelijke introductie van CoronaMelder in oktober 2020 hebben 4,96 miljoen mensen CoronaMelder gedownload. Dat is 28,5% van de Nederlandse bevolking. Het percentage actieve gebruikers is nog steeds ongeveer 60% en komt neer op 2,91 miljoen mensen. Dat is ongeveer 17% van de Nederlandse bevolking. Er zijn 177.746 mensen gewaarschuwd via

CoronaMelder en 194.102 mensen hebben naar aanleiding van een notificatie een test aangevraagd. Het aantal nieuwe waarschuwingen via de app en testaanvragen daalt en daarmee volgt CoronaMelder de landelijke trend. Deze en andere cijfers zijn terug te vinden in de factsheet op [www.coronamelder.nl](http://www.coronamelder.nl).

## *Advies 21 en 22 Begeleidingscommissie DOBC*

### Advies 21

Op 7 juni jl. heeft de Begeleidingscommissie DOBC haar eenentwintigste advies uitgebracht welke zich richt op de kosten-baten parameters van het gebruik van CoronaMelder. De commissie heeft geconstateerd dat met het besluit om op enig moment te stoppen met het gebruik van CoronaMelder dit mogelijk vraagt om het formuleren van een afwegingskader. De voor- en nadelen van het operationeel houden van de CoronaMelder dienen binnen dit kader duidelijk te worden geordend, en er dient rekening te worden gehouden met de complexe realiteit dat de parameters van dit kader over de tijd zullen variëren. In het advies gaat de commissie dieper in op de proportionaliteitstoets, waarbij het doel en de effectiviteit van CoronaMelder op verschillende parameters afgezet wordt tegen bijvoorbeeld de materiële dan wel immateriële consequenties van het gebruik van CoronaMelder. Het betreft hierbij niet eenvoudig of direct te vergelijken parameters. De commissie beoogt met dit advies dit dilemma te verminderen door de verschillende parameters aan beide zijden expliciet te benoemen maar onthoudt zich van het toekennen van absolute gewichten of het geven van een vast omslagpunt.

Op basis van het beschreven kader welke u in de bijlage terug kunt vinden<sup>51</sup>, adviseert de commissie het gebruik van CoronaMelder in ieder geval voort te zetten tot het einde van de winterperiode 2021–2022 en de komende maanden te gebruiken om de discussie te voeren over de normatieve afwegingen die zouden moeten leiden tot een besluit om verantwoord te stoppen dan wel door te gaan met de inzet van CoronaMelder.

Ik ben blij met de steun die de commissie uitsprekt voor het blijven inzetten van CoronaMelder. Met de commissie deel ik dat het besluit om te stoppen weloverwogen genomen moet worden en ik ben blij met de bijdrage van de commissie. In mijn vorige stand van zaken Kamerbrief<sup>52</sup> heb ik uw Kamer geïnformeerd over de resultaten en conclusies uit de onderzoeken die het evaluatieteam van CoronaMelder heeft uitgevoerd. Hieruit is gebleken dat de app de gestelde doelstellingen grotendeels behaalt en geen negatieve of onbedoelde effecten heeft. Ik heb met u gedeeld dat mijn inzet daarom is om voorlopig door te gaan met het gebruik van CoronaMelder en de vervaldatum van de Tijdelijke wet notificatieapplicatie covid-19 met drie maanden te verlengen tot 10 oktober, zoals de commissie in dit advies ook onderschrijft. Over drie maanden wordt bezien of opnieuw verlenging noodzakelijk is. Dit advies zal ik in de komende periode meenemen in de overwegingen.

### Advies 22

Op 9 juni jl. heb ik het tweeëntwintigste advies van de commissie ontvangen waarin zij een aantal aandachtspunten signaleren voor de CoronaCheck app. Deze wordt sinds 5 juni voor binnenlands gebruik ingezet om met een testbewijs toegang te krijgen tot bepaalde activiteiten en voorzieningen in Nederland. De commissie adviseert op een viertal

<sup>51</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>52</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

punten; namelijk (1) de (informatie)veiligheid van de app als ook de aansluiting op en de verbinding naar de gebruikte bronsystemen, (2) de juridische basis voor het bevragen van bronbestanden ten behoeve van vaccinatiegegevens, (3) de communicatie rondom de inzet van deze app, en (4) de toegankelijkheid en inclusiviteit hiervan.

Op dit moment wordt de CoronaCheck app inderdaad binnenlands ingezet en zal daartoe stapsgewijs worden uitgebreid met allereerst vaccinatiebewijzen en daarna herstelbewijzen. Vanaf 1 juli zal de app vervolgens gereed zijn voor gebruik ten behoeve van reizen met het DCC. Ik werk er momenteel aan dit mogelijk te maken. De adviezen en aandachtspunten die de commissie mij meegeeft neem ik ter harte en zal ik waar mogelijk en relevant uiteraard meenemen binnen dit traject. Wat betreft de juridische basis is met de Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen in de Wet publieke gezondheid een wettelijke grondslag gecreëerd voor het door toedieners van het vaccin verstrekken van gegevens ten behoeve van coronatoegangsbewijzen. Indien ook de Eerste Kamer instemt met dit wetsvoorstel, kan deze in de week van 21 juni in werking treden, zoals ook eerder in deze brief benoemd. De Europese verordening biedt eenzelfde grondslag voor het verstrekken van deze gegevens voor een DCC. Bij ministeriële regelingen zijn deze gegevensverwerkingen nader uitgewerkt. Door deze wettelijke grondslagen is het vragen van toestemming voor het ophalen van vaccinatiegegevens voor het genereren van een bewijs daarom niet nodig. Ten aanzien van de informatieveiligheid geldt dat alle aangesloten zorgaanbieders aan strikte eisen moeten voldoen die ook na aansluiting worden gemonitord.

## **10. Vaccins**

De effectiviteit en de impact van de vaccinatieoperatie worden steeds meer zichtbaar. Vorige week zijn meer dan 1,6 miljoen prikken in een week gezet. De 13 miljoenste prik is woensdag 16 juni gezet en naar verwachting volgt de 14 miljoenste prik op maandag 21 juni. Het grote aantal gezette prikken zorgt voor een flinke daling in het aantal besmettingen, ziekenhuisopnames en sterfte.

Uit analyse van het RIVM blijkt dat thuiswonende 75-plussers vanaf drie weken na de tweede prik voor 82% beschermd zijn tegen het coronavirus. De bescherming tegen ziekenhuisopname is 93% vanaf drie weken na de tweede prik, en 97% tegen overlijden door het coronavirus. Bij alle 75-plussers is, in de eerste acht weken na de start van de vaccinatie een forse daling zichtbaar in het aantal positieve coronatesten, ziekenhuisopnames en overlijdens. Eerder in deze brief heb ik aangegeven dat het aantal mensen met een positieve testuitslag verder is gedaald. In de week van 10 t/m 16 juni daalde het aantal positieve testuitslagen met 39% ten opzichte van de week ervoor. Ook het aantal ziekenhuisopnames daalde met 40%. Daarmee zien we de directe effecten van het grootschalig vaccineren.

Het gaat dus goed met de vaccinaties, de positieve effecten op het tegengaan van COVID-19 zijn duidelijk zichtbaar. Maar we zijn er nog niet. We willen immers een samenleving die zo optimaal mogelijk beschermd is tegen het coronavirus. Daarom is het belangrijk dat zo veel als mogelijk mensen – jong en oud – zich laten vaccineren, en zowel hun eerste als tweede prik halen. We zien bijvoorbeeld dat in het Verenigd Koninkrijk het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van de SARS-CoV-2 delta-variant met name snel toeneemt onder mensen die nog geen of slechts één prik hebben ontvangen. In de communicatie wil ik daarom in de komende periode extra aandacht besteden aan het belang om ook een tweede prik te halen voor goede bescherming. Hier heb ik bijvoorbeeld ook aandacht voor gevraagd in de persconferentie van 18 juni jl. en dat zal ik de

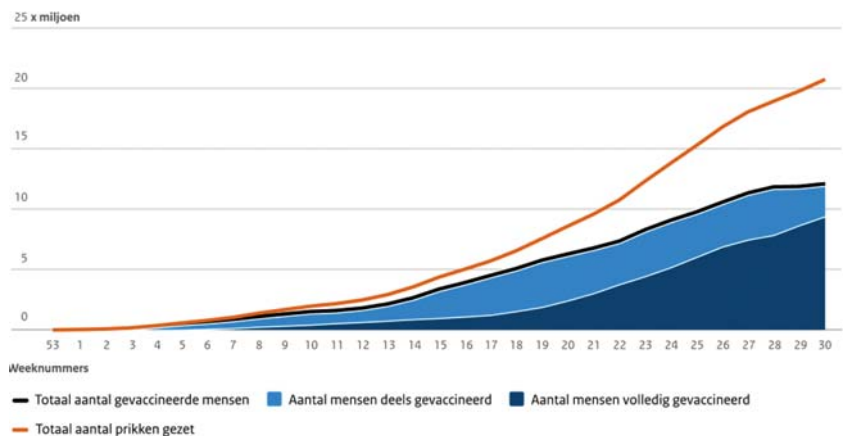
komende tijd op meer plekken doen. Daarmee geef ik invulling aan de motie van het lid Den Haan c.s. (Fractie Den Haan), die de regering verzoekt de voorlichting over het belang van de tweede vaccinatie te verbeteren en te intensiveren<sup>53</sup>. n. Ik roep ook de andere partijen, zoals GGD'en, huisartsen, instellingen, ziekenhuizen en andere vaccinerende partijen op het belang van de tweede vaccinatie te ondersteunen. In dit kader is het fijn dat de huisartsen, dankzij het naar voren halen van de beleving met het AstraZeneca-vaccin, sneller een tweede prik kunnen aanbieden aan de mensen tussen de 60–64 jaar. Zo is ook deze groep eerder optimaal beschermd.

### Vaccinatiecijfers

Onderstaande figuur laat de gerealiseerde aantallen vaccinaties zien tot en met week 23 (vorige week) en de verwachting tot en met week 30 (eind juli). De oranje lijn geeft het totaal aantal prikken weer, de zwarte lijn het totaal aantal volledige gevaccineerde mensen. Dat zijn mensen die een tweede prik van BioNTech/Pfizer, Moderna of AstraZeneca hebben gehad of het Janssen-vaccin hebben gekregen. Het lichtblauwe vlak geeft het aantal deels gevaccineerde mensen weer en het donkerblauwe vlak het aantal volledig gevaccineerden.

**Figuur 1. Totaal aantal gezette prikken en gedeeltelijk en volledig gevaccineerde mensen.**

**Totaal aantal gezette prikken en gedeeltelijk & volledig gevaccineerde mensen**

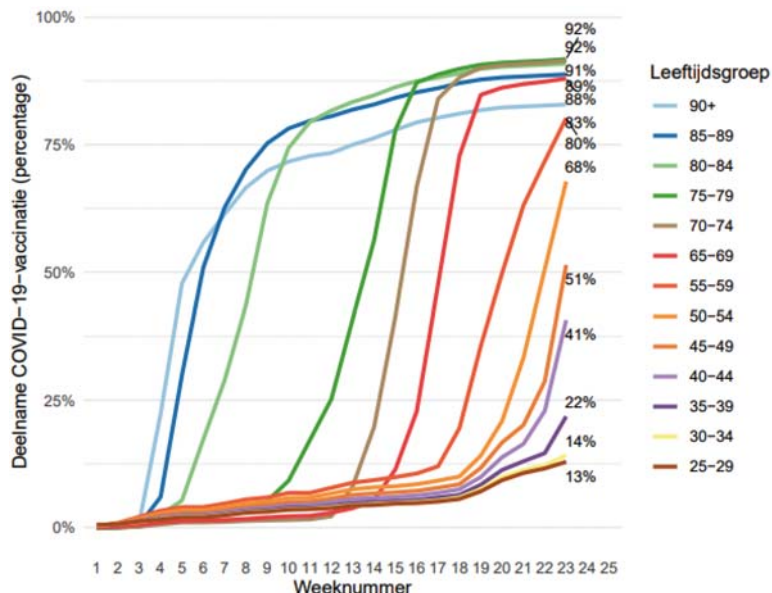


Bron: RIVM

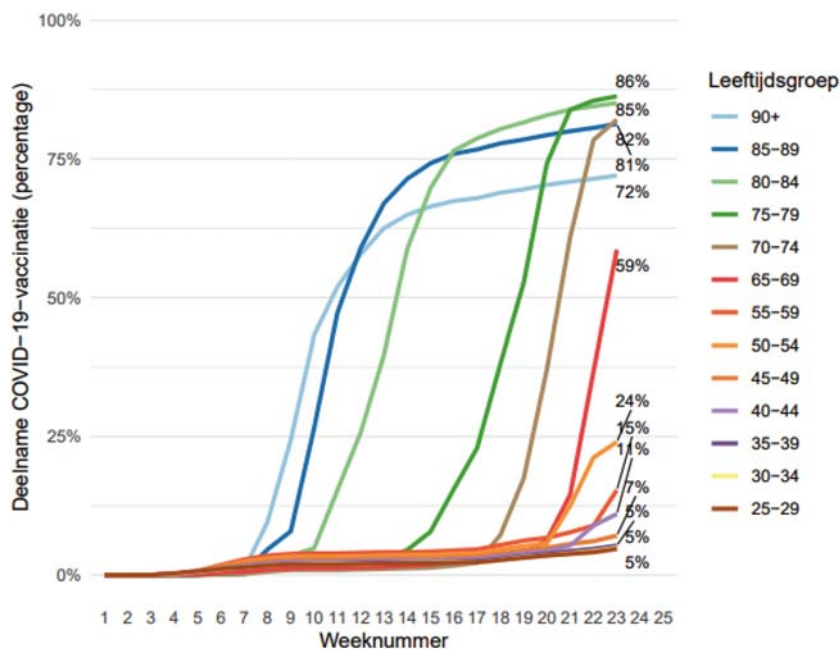
Van de 18-plussers had tot en met afgelopen woensdag, 61,2 procent, minimaal 1 prik ontvangen. Dat zijn 8,6 miljoen volwassenen. Van deze groep zijn naar schatting 4,8 miljoen volwassenen volledig gevaccineerd (33,8 procent van de volwassen Nederlandse bevolking). Daarmee staat Nederland, in vergelijking met andere Europese landen (op basis van de ECDC-gegevens), al langere tijd boven het gemiddelde. Als alles volgens planning verloopt, heeft eind deze week iedere 18-plusser de mogelijkheid voor het maken van een afspraak voor een vaccinatie. Daarmee kunnen alle mensen boven de 18 jaar medio juli hun eerste vaccinatie hebben ontvangen. Ik verwacht dat iedereen in de tweede helft van augustus ook een tweede vaccinatie heeft ontvangen. Onderstaande twee figuren geven de vaccinatiegraad per leeftijdscategorie aan, ten aanzien van de eerste en de tweede prik.

<sup>53</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1266.

**Figuur 2. Cumulatieve opkomst voor ten minste één COVID-19 vaccinatie naar leeftijdsgroep en week, week 1 t/m 23, 2021. Voetnoten: zie Wekelijkse update deelname COVID-19 vaccinatie in Nederland | RIVM**



**Figuur 3. Cumulatieve vaccinatiegraad voor volledige COVID-19 vaccinatie naar leeftijdsgroep en week, week 1 t/m 23, 2021. Voetnoten: zie Wekelijkse update deelname COVID-19 vaccinatie in Nederland | RIVM**



#### Vaccinatiebereidheid

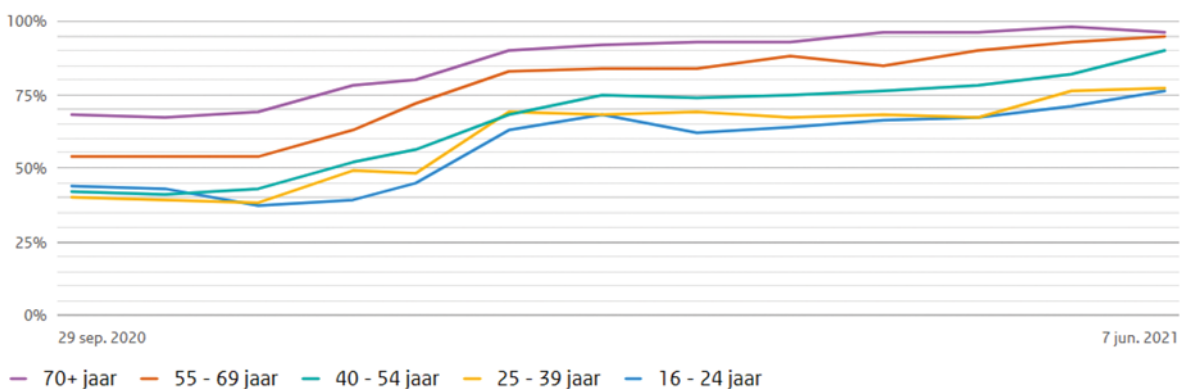
Het moment dat ieder die wil de mogelijkheid heeft gehad een eerste prik te krijgen, komt steeds meer in zicht. Als we rekenen met een vaccinatiebereidheid van 85% van de groep 18-plussers (dat zijn in totaal circa 12 miljoen mensen), bereiken we dit moment naar verwachting medio juli.

Uit de laatste enquête die het RIVM heeft afgenomen, blijkt dat de vaccinatiebereidheid zelfs is gestegen naar een gemiddelde van 87% (RIVM-enquête van 1 tot 7 juni).

Het is niet exact aan te geven wat de precieze datum zal zijn. Hiervoor zijn we sterk afhankelijk van de hoeveelheid vaccins die worden geleverd. Ook andere factoren tellen mee, bijvoorbeeld of mensen die zijn uitgenodigd de keuze maken om de afspraak later te plannen dan de eerstvolgende mogelijkheid, of dat mensen die in eerste instantie geen vaccinatie wilden zich bedenken en alsnog een afspraak maken. Uiteraard heeft ook het percentage mensen dat zich daadwerkelijk laat vaccineren invloed op het bereiken van dit moment. Onderstaande grafiek toont hoeveel procent van de bevolking bereid is een COVID-19 vaccinatie te halen. Het percentage bevat zowel mensen die al een prik hebben gehad als mensen die nog niet geprikt zijn en dat wel willen. De grafiek toont cijfers per leeftijdsgroep en in totaal. De cijfers komen uit een onderzoek van het RIVM dat elke drie weken wordt herhaald.

**Figuur 4. Percentage van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder dat zelf een prik tegen het coronavirus wil hebben of al heeft gehad.** Zie: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/vaccinaties>

Percentage van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder dat zelf een prik wil hebben of al heeft gehad



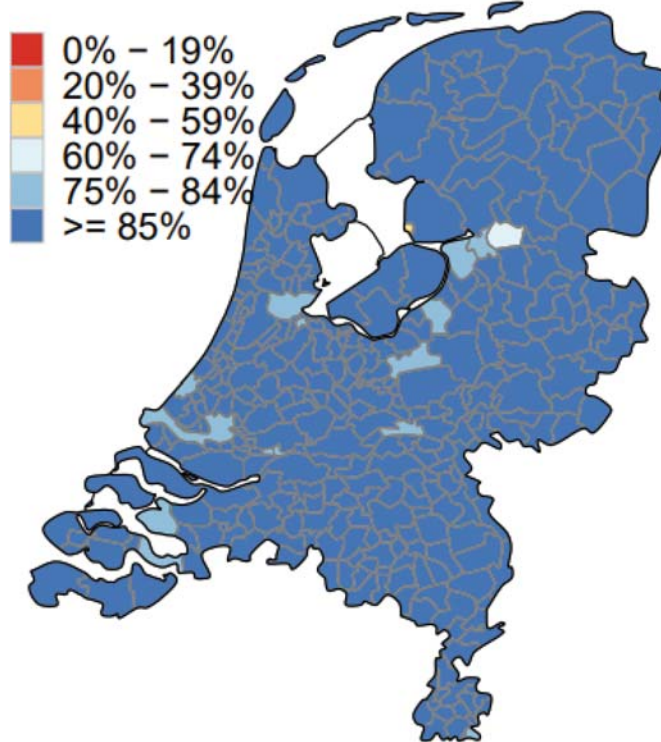
Enquête is afgenomen tussen dinsdag 1 juni en maandag 7 juni. Wordt 3-wekelijks bijgewerkt.

### *Stijgende vaccinatiegraad*

Van de 1,6 miljoen gezette prikken van vorige week, hebben de GGD'en maar liefst ruim 1,4 miljoen prikken gezet. Hiermee heeft de GGD de vaccinatie-operatie flink opgeschaald, en n het resultaat mag er zijn: 44% van de volwassenen heeft, tot en met week 23, een prik gehaald bij de GGD.

Het totale percentage van de volwassen bevolking in Nederland dat tenminste één dosis COVID-19 vaccin heeft ontvangen is 59%. In figuur 4 is voor 65-plussers per gemeente het opkomstpercentage weergegeven voor tenminste één COVID-19 vaccinatie.

**Figuur 5. Opkomst voor ten minste één COVID-19-vaccinatie bij mensen van 65 jaar en ouder, naar gemeente, week 1 t/m 23, 2021. Voetnoten: zie Wekelijkse update deelname COVID-19 vaccinatie in Nederland | RIVM.**



Het opkomstpercentage zal nog verder oplopen na de inhaalslag van een aantal prikkende partijen in het doorgeven van de registraties en de veegacties die lopen bij de oudere leeftijdscohorten (vanaf 65 jaar). Dat is een zeer positieve ontwikkeling in relatie tot het bereiken van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Want om het coronavirus onder controle te brengen en te houden is een homogene en voldoende hoge vaccinatiegraad cruciaal. Delen van de samenleving waar de vaccinatiegraad relatief laag is, lopen een groter risico op lokale en/of regionale nieuwe uitbraken.

Daarom wordt ook in de komende weken en maanden in iedere GGD-regio verder gewerkt aan zowel een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad, als een homogene en voldoende hoge vaccinatiegraad onder specifieke groepen. Daarmee is onze samenleving optimaal beschermd en wordt de kans op het ontstaan van nieuwe uitbraken verkleind. In onderstaande passage over de uitvoering van de vaccinatieoperatie ga ik nader in op de inspanningen om tot een hoge en homogene vaccinatiegraad te komen. Hiermee geef ik ook invulling aan de motie van het lid Den Haan<sup>54</sup> c.s. over de inzet van mobiele prikbusen en de motie van de leden Paternotte (D66) en Bikker (CU)<sup>55</sup> over vaccineren zonder afspraak.

#### *Uitvoering vaccinatieoperatie*

Naar verwachting zullen zaterdag de jongeren die achttien zijn of achttien worden (geboortjaar 2003) een oproep krijgen om een afspraak te maken bij de GGD voor hun vaccinatie tegen het coronavirus. Aankomende week

<sup>54</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1267.

<sup>55</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1243.

krijgen zij ook de persoonlijke uitnodigingen thuis in de brievenbus. Daarmee hebben we een bijzondere mijlpaal in de vaccinatiecampagne bereikt. Zoals ik uw Kamer eerder al schreef, is het voor de bestrijding van de epidemie van groot belang zo veel mogelijk mensen zo snel mogelijk een vaccin aan te kunnen bieden en dat iedereen een volledige vaccinatie met één dan wel twee prikken toegediend krijgt. Dankzij de inzet van de GGD'en verloopt de campagne op leeftijdscohorten efficiënt en voorspoedig.

De komende weken worden nog volop eerste prikken gezet bij de jongere leeftijdsgroepen. Vanaf medio juli ligt het accent op het afronden van alle tweede prikken tot en met de tweede helft van augustus, daarbij rekening houdend met het vaccineren van de jongeren vanaf 12 jaar met een medische indicatie. Ook de activiteiten met betrekking tot de moeilijker bereikbare doelgroepen gaan door. Zoals ik in de voorgaande brieven heb mede gedeeld zien deze trajecten op het vaccineren van onder andere asielzoekers, dak- en thuislozen en ongedocumenteerden en gedetineerden. Ik ben daarnaast nog in afwachting van het advies van de Gezondheidsraad over de vaccinatie van kinderen in de groep 12–17 jaar. De GGD'en blijven onverminderd prioriteit geven aan het afronden van de campagne.

In aanvulling op deze laatste fase van de grootschalige vaccinatiecampagne, wil ik de komende maanden iedereen die nog niet gevaccineerd is, op laagdrempelige wijze de gelegenheid blijven bieden dit alsnog te doen. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan mensen die eerder wellicht wat sceptisch stonden tegenover de effectiviteit van een van de vaccins, aan mensen voor wie het maken van een afspraak een drempel vormde, of zwangere vrouwen die ervoor kiezen zich na de bevalling te laten vaccineren. Zo willen we een nog hogere en meer homogene vaccinatiegraad te bereiken.

Op basis van de huidige opkomst vraag ik de GGD'en, in samenwerking met de gemeenten, in de zomer **in ieder geval** in te zetten op:

- Verhoging van de vaccinatiegraad in gebieden en wijken waar de vaccinatiebereidheid achterblijft. Dit kan zijn vanwege religieuze overtuigingen, of aarzelingen ten aanzien van vaccinatie, maar ook vanwege het ervaren van te grote drempels bij het maken van een afspraak.
- Wijken en doelgroepen met een groter risico op snelle verspreiding van het coronavirus. Hetzij door de leefomstandigheden (kleine behuizing, dichte bebouwing), hetzij door leefstijl (bijvoorbeeld jongeren met veel wisselende contacten die op reis gaan).

In aanvulling, stelt elke GGD-regio op lokaal en regionaal niveau speerpunten vast op basis van regionale en lokale beelden van de opkomstcijfers en de kennis en expertise bij de GGD'en. De regionale speerpunten zijn daarnaast gebaseerd op het landelijke beeld van de opkomstcijfers en verschillende onderzoeken (AmsterdamUMC, Helios studie, Gezondheidspanel, Kantar panel, 1vandaag opiniepanel, CBS). In de komende weken geven de GGD'en hun aanpak steeds verder vorm.

De aard van de activiteiten is maatwerk: dichtbij en persoonlijk. De GGD'en en gemeenten kennen als geen ander de kenmerken van de eigen regio, ze hebben een grote organisatiekracht en hebben een uitgebreid netwerk om activiteiten van de grond te krijgen. In samenwerking met de gemeenten en reguliere lokale partners (gemeentes, buurtwerkers, huisartsen e.d.), zetten GGD'en activiteiten op en gaan «de wijk in». In de afgelopen weken is een aantal regio's al aan de slag gegaan met planvorming voor bijvoorbeeld het vaccineren van groepen arbeidsmi-

granten. Ook zijn er regio's die zich richten op specifieke wijken, door bijvoorbeeld met een vaccinatiebus of pop-uplocaties op een strategische plek in de gemeente te staan, en door acties als informatie geven en prikken op de markt. En er zijn regio's die op basis van vrije inloop de vaccinatie locaties openzetten, of groepsafspraken mogelijk maken. Belangrijke randvoorwaarden voor deze aanpak zijn de personele capaciteit en de hoeveelheid beschikbare vaccins. Prioriteit heeft nog steeds het afronden van de campagne op leeftijdscohort (uitvoeren van de tweede prikken in de zomermaanden). De aantallen prikken zullen per week dalen, waardoor de GGD'en capaciteit hebben om daadwerkelijk de wijk in te gaan. De invulling van «de wijk in» zal per GGD-regio verschillen, zowel in intensiteit als in speerpunten. De andere randvoorwaarde blijft de hoeveelheid beschikbare vaccins. De beschikbare hoeveelheid zal vanuit het RIVM verdeeld worden over de regio's op basis van aanvraag.

#### *Communicatie specifieke doelgroepen*

Vanuit de landelijke communicatiecampagne zijn communicatiemiddelen en informatiematerialen beschikbaar, ook in andere talen. Deze middelen en materialen zijn bij uitstek geschikt voor de groepen die tot nu toe achterblijven in de vaccinatie. Deze zijn te vinden in een toolkit die betrokken organisaties kunnen raadplegen. Deze toolkit bevat ook concepten en materialen van GGD'en en andere organisaties die al middelen hebben ontwikkeld, waar op lokaal en regionaal niveau verder mee kan worden gewerkt om relevante doelgroepen te bereiken. Zo stimuleren we kennisdeling en kunnen partijen elkaar inspireren.

Er zijn verschillende groepen te onderscheiden. In mijn brief aan uw Kamer van 11 mei jl. ben ik onder andere ingegaan op de aanpak richting mensen met een migratieachtergrond, anderstaligen, mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) of lage opleiding, laaggeletterden of mensen met een verstandelijke beperking.

Inmiddels kunnen veel jongeren een afspraak maken voor vaccinatie. De vaccinatiebereidheid onder jongeren is lager dan het gemiddelde van 87%, maar hoger dan eerder verwacht. Op dit moment wordt de vaccinatiebereidheid geschat op 76%. Desondanks zetten we communicatie in om ook daar de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te krijgen. Bij jongeren spelen meer dan bij andere groepen de persoonlijke voordelen, wat kan ik weer allemaal als ik ben gevaccineerd? In dit kader lopen er al zeer veel campagne-onderdelen (mede) gericht op jongeren. Voorbeelden hiervan zijn een tv-spot en een radiospot met een festivalorganisator aan het woord. Ook is er veel gesponsorde content (video's en artikelen) geplaatst in media die passen bij de doelgroep, waaronder jongerenmedia en -platforms zoals Vice en FunX.

Ook op Spotify (onder andere populair bij jongeren en mensen met een migratieachtergrond) en sociale media wordt content gedeeld die is gericht op jongere groepen, deels ook in samenwerking met een jonge arts die zelf al actief is op TikTok. Uiteraard zijn er op lokaal en regionaal niveau veel initiatieven om jongeren te bereiken, onder andere door lokale bekendheden in te zetten, in wisselende concepten.

Op vrijdag 11 juni heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn besluit het Janssen-vaccin beschikbaar te stellen aan elke volwassene die dat wil.<sup>56</sup> Deze keuzemogelijkheid gaat van start op 23 juni. Geïnteresseerden kunnen vanaf dit moment bellen met een speciaal telefoonnummer van de GGD om een afspraak in te plannen. De eerste afspraken kunnen naar verwachting op vrijdag 25 juni worden ingepland. Daarbij is het, zoals ik ook in mijn brief van 11 juni jl. heb benoemd, wel van belang dat mensen expliciet toestemming geven voor de vaccinatie met het Janssen-vaccin. In dit kader zullen GGD'en voorafgaand aan de vaccinatie met het Janssen-vaccin wijzen op het feit dat de vaccins van BioNTech/Pfizer en Moderna iets betere bescherming bieden. Ook wordt aandacht besteed aan de zeer zeldzame kans op een ernstige bijwerking bij het Janssen-vaccin (trombose in combinatie met een verlaagd aantal bloedplaatjes, ook wel TTS genoemd), die met name op jongere leeftijd en bij vrouwen lijkt op te treden. De Gezondheidsraad vermeldt in het advies van 2 juni jl. dat het aantal meldingen van deze bijwerking na vaccinatie met Janssen bij vrouwen in de leeftijd van 30 tot 39 jaar ongeveer 1 per 80.000 bedraagt, terwijl in hogere leeftijdsgroepen het aantal meldingen ligt op minder dan 1 per 200.000.<sup>57</sup>

*Vaccineren jongeren uit medische risicogroepen vanaf 12 jaar*

Naast de inspanningen om zoveel mogelijk mensen in de komende weken een vaccinatie aan te bieden, zijn op korte termijn ook de jongeren vanaf 12 jaar met een medische indicatie aan de beurt. De Gezondheidsraad heeft hier op 9 juni jl. positief over geadviseerd. In mijn Kamerbrief van 9 juni jl. heb ik aangegeven dat ik de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) heb gevraagd alle jongeren vanaf 12 jaar te selecteren. In totaal gaat het naar verwachting om 60.000 tot 100.000 jongeren die geboren zijn vóór 1 juli 2009. Huisartsen weten immers goed om welke patiënten het gaat. De voorbereidingen voor de vaccinatie van deze groep jongeren van 12 tot 18 jaar, die op basis van het advies van Gezondheidsraad nu in aanmerking komen voor een vaccinatie, zijn ondertussen in overleg met de LHV en de GGD voortvarend opgepakt. Huisartsen zullen de groep die in aanmerking komt voor de jaarlijkse griep prik en de jongeren met het syndroom van Down gaan selecteren. De LHV heeft aangegeven dat zij niet bereid zijn ook de groep jongeren met obesitas en de gezonde jongeren met een kwetsbare huisgenoot te selecteren. Voor de jongeren tussen 12 en 18 jaar met obesitas en de groep jongeren die huisgenoot van kinderen of volwassenen uit de medische risicogroepen zijn, die zelf om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden of waarvan verwacht wordt dat zij niet genoeg beschermd zijn na vaccinatie vanwege een immuunstoornis, wordt naar een oplossing gezocht. Er wordt bijvoorbeeld met de organisaties voor Jeugdgezondheidszorg gekeken of zij een rol kunnen spelen bij het selecteren en uitnodigen van deze groepen. Over deze werkwijze zal naar verwachting de komende week meer duidelijk worden.

Het RIVM zal de huisartsen maandag informeren over de te nemen stappen om de jongeren uit te kunnen nodigen voor vaccinatie bij de GGD. Vanaf woensdag 23 juni zullen de eerste jongeren die het betreft een uitnodiging kunnen ontvangen. Ook voor de jongeren met een medische indicatie die verblijven in instellingen, of vallend onder de COA, wordt

<sup>56</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1290.

<sup>57</sup> Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) – Centers for Disease Control and Prevention. Update: Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) following COVID-19 vaccination. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/slides-2021-05-12.html>.

vaccinatie voorbereid en zo snel mogelijk gestart. Hiermee kom ik tegemoet aan het verzoek van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport om uw Kamer te informeren over het verwachte tijdpad ten aanzien van het vaccineren van deze groep.

Ik heb in mijn brief van 9 juni jl. aangegeven dat ik me vanuit het oogpunt van de bestrijding van de pandemie en het voorkomen van nieuwe uitbraken goed voorstellen dat ook andere jongeren vanaf 12 jaar in aanmerking komen voor vaccinatie (Kamerstuk 25 295, nr. 1285). Ook het OMT geeft in het meest recente advies aan dat dit tot de mogelijkheden behoort. Op korte termijn verwacht ik het advies van de Gezondheidsraad hierover.

#### *Vaccinatie van niet-mobiele thuiswonende mensen*

Door middel van een e-mailprocedure heeft de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij ook verzocht uw Kamer te informeren over de stand van zaken van thuisvaccinaties en de wijze waarop de groep mensen die al langdurig wachten op een thuisvaccinatie nu zo snel mogelijk aan de beurt komen.

De vaccinatie van de niet-mobiele thuiswonende mensen is een complexe operatie en moet door mobiele teams en huisartsen worden uitgevoerd. Huisartsen vaccineren niet-mobiele mensen ouder dan 60 jaar met het AstraZeneca-vaccin. Tijdens de uitrol van de vaccinatiestrategie bleek de vaccinatie van een deel van de groep niet-mobiele mensen, in eerste instantie de niet mobiele hoogrisicogroepen <60 jaar, te complex voor de reguliere uitvoerende partijen, onder meer door de beperkingen rond de inzet van mRNA-vaccin in de huisartsenpraktijk. Het RIVM heeft daarop aangegeven behoefte te hebben aan een partij die de vaccinatie van deze geïndiceerde doelgroepen effectief en efficiënt thuis kan uitvoeren en die ook instellingen kan ondersteunen bij het vaccineren van bewoners die met reden omkleed tijdens de reguliere vaccinatieronde hun vaccinatie hadden gemist. Hiervoor was het bedrijf Thuisvaccinatie.nl op korte termijn beschikbaar. De mobiele teams van Thuisvaccinatie.nl zijn daarop gestart met het vaccineren van niet-mobiele personen in instellingen die eerder nog niet gevaccineerd konden worden of die nog een twee prik moesten krijgen. Vervolgens heeft Thuisvaccinatie ook de niet-mobielen thuiswonenden neurologische patiënten (60+) alsook de hoog medisch risicogroep van mensen onder de 60 op zich genomen (mensen met Down, BMI >40, en neurologische aandoeningen die de ademhaling bemoeilijken). Daarnaast vaccineert Thuisvaccinatie.nl de niet-mobiele personen in de instellingen die nog niet eerder gevaccineerd zijn.

Vanwege de grote groep nog te vaccineren niet mobiele thuiswonenden en het gebrek aan capaciteit bij Thuisvaccinatie vraag ik huisartsen die hiertoe bereid ook zijn de vaccinatie van de niet-mobiele thuiswonende mensen onder zestig jaar (uitgezonderd de hoogrisicogroep die al door Thuisvaccinatie.nl gedaan wordt) op zich te nemen. Ik besef me dat dit een extra belasting voor huisartsen betekent en ook dat dit complex is door de inzet van BioNTech/Pfizer-vaccin. Daarom werk ik ook aan een derde optie met een aanvullende partij die de huisartsen kan bijstaan de resterende niet-mobiele mensen in de komende weken snel te vaccineren. De huisarts zal deze groep in beide situaties zelf selecteren en in het ene geval ook zelf vaccineren en anders doorgeleiden naar de derde partij die de vaccinatie dan op zich zal nemen. Ik realiseer me hierbij dat deze groep mensen relatief laat in de campagne aan de beurt komt, maar zet er nu op in dat ook deze groep mensen zo snel mogelijk hun eerste vaccinatie hebben ontvangen. Deze haalbaarheid van deze planning is afhankelijk van de omvang van deze doelgroep. Ook voor de niet-mobiele thuiswo-

nende kinderen vanaf 12 jaar met een medische indicatie, kan de huisarts de vaccinatie op deze wijze realiseren.

#### *Vaccineren van Nederlanders in het buitenland*

In het coronadebat van 3 juni jl. heb ik toegezegd aan het lid De Vries (VVD) dat ik met de belangenverenigingen van Nederlanders in het buitenland (Stichting Nederlanders buiten Nederland, de Vereniging Belangenbehartiging Nederlands Gepensioneerden in het Buitenland en de Stichting GOED Grenzeloos Onder Een Dak) in gesprek zou gaan om te achterhalen of er nog groepen Nederlanders in het buitenland tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld omdat zij niet in aanmerking komen voor vaccinatie in het land waar zij wonen. Uit het gesprek met deze partijen en het RIVM van 9 juni jl. blijkt dat verreweg de meeste Nederlanders die in het buitenland verblijven in aanmerking komen voor vaccinatie, meestal in het land waar zij wonen.

Er zijn twee redenen waarom Nederlanders in het land waar zij wonen en werken niet in aanmerking komen voor vaccinatie (enkele uitzonderingen daargelaten):

- 1) Omdat zij bijvoorbeeld nog in Nederland verzekerd zijn.
- 2) Omdat er (nog) geen, of onvoldoende vaccins beschikbaar zijn in het land waar zij verblijven.

Tot nog toe was het uitgangspunt ook voor Nederlanders in het buitenland dat zij 4 weken in Nederland moeten zijn voor zij in aanmerking komen voor vaccinatie. Om Nederlanders in het buitenland hierin tegemoet te komen kunnen Nederlanders die in het buitenland wonen en een Nederlands paspoort en Burger Servicenummer (BSN) hebben, online een afspraak maken en gevaccineerd worden. We onderzoeken of we het in Nederland vaccineren van landgenoten die in het buitenland wonen en werken zoveel mogelijk kunnen vereenvoudigen. Zo wordt er momenteel gekeken naar mogelijkheden om de procedure voor het maken van een afspraak voor vaccinatie nog verder kunnen versnellen of vergemakkelijken. Nederlanders die geen BSN hebben, kunnen zich inschrijven bij de Registratie Niet-ingezetenen en zich aanmelden voor een mailinglijst. Zo ontvangen zij informatie over het maken van een afspraak voor vaccinatie voor deze groep.

Daarnaast is in het overleg met de belangenverenigingen aangegeven dat de communicatie kan worden verbeterd, door met name te verduidelijken waar het BSN staat in het paspoort. Deze aandachtspunten nemen we over, en de nodige aanpassingen zijn of worden zo snel mogelijk doorgevoerd.

In samenwerking met het Ministerie van Buitenlandse Zaken blijven we alert op situaties van Nederlanders in het buitenland.

Om de pandemie te kunnen beëindigen, is het van groot belang dat de vaccinatieoperatie wereldwijd gestimuleerd wordt. Zoals met uw Kamer gedeeld in onder meer de voortgangsbrief van 28 mei jl. kiest het kabinet ervoor om vaccins te doneren aan landen die hier niet of moeilijk over kunnen beschikken, grotendeels via COVAX. Dit draagt bij aan een bredere bescherming van kwetsbare groepen in landen die nog onvoldoende over vaccins beschikken.

#### *Aankoop vaccins en leveringsschema's*

De leveringscijfers bereiken naar verwachting de komende week een hoogtepunt, met ruim 2,2 miljoen te leveren doses. Dit volume wordt echter deels gevormd door een substantiële levering van het AstraZeneca-vaccin. Deze levering willen we voor een belangrijk deel gebruiken voor

donatie, onder andere aan Suriname. Hier ga ik verderop in deze brief nader op in. De leveringen van BioNTech/Pfizer zullen in juli en augustus weer afnemen. De grote leveringen die we momenteel ontvangen, zijn mogelijk door een tijdelijke versnelling vanuit het vierde kwartaal. In de vaccinatieoperatie is rekening gehouden met het verschil aan beschikbaarheid van dit vaccin.

Met Moderna zijn we in gesprek om de leveringen juli en augustus tijdelijk te verhogen. Hierdoor zijn we in staat om een hoog tempo in onze vaccinatiecampagne te continueren. Die mogelijke verhoging is nog niet verwerkt in onderstaand overzicht. Zoals eerder met uw Kamer gedeeld lopen nog gesprekken met o.a. Novavax en Valneva over het afsluiten van een leveringenovereenkomst (APA). Hierover zal in de komende weken besloten moeten worden. Tegelijk verwachten we de komende periode ook meer duidelijkheid over de vaccins van CureVac en Sanofi. Ten slotte moet besloten worden over het lichten van de opties onder de tweede contract met Moderna. Al deze mogelijke vaccins zijn met name van belang voor onze vaccinportefeuille voor de periode 2022 en 2023. Uitgangspunt daarbij is zoveel mogelijk zekerheid. Op dit moment is het nog niet duidelijk hoe lang de vaccins hun beschermende werking zullen behouden. Verder bieden de vaccins bescherming tegen nu bekende mutaties van het virus. Onduidelijk is echter of dat ook zo zal zijn voor nieuwe mutaties. Ik zal daarom voor 2022 en 2023 inzetten op een vaccinportefeuille die groot genoeg is om alle Nederlanders boven de 12 jaar volledig te kunnen vaccineren, mocht dat nodig zijn. Ook zal ik inzetten op vaccins die zo goed mogelijk zijn aan te passen aan nieuwe virusvarianten. Over de precieze vormgeving van deze portefeuille zal ik uw kamer snel informeren.

**Tabel 2. Indicatie verwachte leveringen op weekbasis per 7 juni 2021**

| Weeknummer | BT/Pfizer | Moderna | AstraZeneca | Janssen | Totalen   |
|------------|-----------|---------|-------------|---------|-----------|
| 1 (04/01)  | 123.825   |         |             |         | 123.825   |
| 2          | 154.050   | 13.200  |             |         | 167.250   |
| 3          | 92.430    |         |             |         | 92.430    |
| 4          | 191.880   | 19.200  |             |         | 211.080   |
| 5 (01/02)  | 159.120   |         | 72.000      |         | 231.120   |
| 6          | 159.120   | 38.400  | 86.400      |         | 283.920   |
| 7          | 193.050   |         | 146.400     |         | 339.450   |
| 8          | 200.070   | 72.000  | 134.900     |         | 406.970   |
| 9 (01/03)  | 208.260   |         | 196.800     |         | 405.060   |
| 10         | 218.790   |         | 86.400      |         | 305.190   |
| 11         | 218.790   | 96.000  | 40.800      |         | 355.590   |
| 12         | 326.430   |         | 40.800      |         | 367.230   |
| 13 (29/03) | 326.430   | 145.200 | 391.200     |         | 862.830   |
| 14         | 487.890   |         | 50.400      |         | 538.290   |
| 15         | 487.890   | 121.200 | 129.600     | 79.200  | 817.890   |
| 16 (19/4)  | 487.890   | 69.600  | 38.400      |         | 595.890   |
| 17 (26/04) | 680.940   | 79.200  | 580.800     | 66.000  | 1.406.940 |
| 18         | 651.690   | 115.200 | 0           |         | 766.890   |
| 19         | 651.690   | 115.200 | 117.600     | 72.000  | 956.490   |
| 20         | 651.690   | 115.200 | 96.000      | 96.000  | 958.890   |
| 21(24/05)  | 651.690   | 115.200 | 0           | 223.200 | 990.090   |
| 22         | 1.019.070 | 115.200 | 508.800     | 156.000 | 1.799.070 |
| 23         | 903.240   | 115.200 | 151.200     | 84.000  | 1.253.640 |
| 24         | 904.410   | 122.400 | 188.300     | 54.000  | 1.269.110 |
| 25 (21/06) | 1.136.070 | 129.600 | 933.600     | 72.000  | 2.271.270 |
| 26         | 1.136.240 | 129.600 | nmb         | 142.000 | 1.407.840 |
| 27         | 628.290   | 153.600 | nmb         | nmb     | 781.890   |
| 28 (12/07) | 628.290   | 153.600 | nmb         | nmb     | 781.890   |
| 29         | 630.000   | 153.600 | nmb         | nmb     | 783.600   |
| 30 (26/07) | 630.000   | 153.600 | nmb         | nmb     | 783.600   |

In mijn voortgangsbrief aan uw Kamer van vrijdag 28 mei jl. informeerde ik uw Kamer over de verdere inzet van Nederland om Suriname bij te staan in de strijd tegen de pandemie en zegde ik toe uw Kamer op de hoogte te houden van deze inzet.

Op 4 juni jl. is er een medische hulp missie onder leiding van speciaal gezant dr. M. Sprenger naar Suriname gegaan. De missie bestond uit een 23-tal medische professionals die direct ingezet konden worden in de verschillende ziekenhuizen, ter ondersteuning van de Surinaamse hulpverleners. Ook zijn medische hulpmiddelen en COVID-testen geleverd. Naast de directe inzet van medische professionals, was het doel van de missie ook de behoefte aan hulp op korte termijn verder in kaart te brengen en advies uit te brengen aan de Surinaamse autoriteiten ten aanzien van de vaccinatieoperatie ter plaatse, onder andere ter voorbereiding op de Nederlandse schenking van vaccins.

Op 9 juni jl. is een eerste partij van 90.000 doses AstraZeneca-vaccins naar Suriname gevlogen, welke direct werd ingezet in het vaccinatieprogramma aldaar. Gezien het belang van continuïteit van het vaccinatieprogramma in Suriname, is het mijn streven op korte termijn nog eens 100.000 doses van het AstraZeneca-vaccin te doneren. Aansluitend daarop volgen nog grotere leveringen. Ik ben daarbij wel mede afhankelijk van de leveringsschema's. Dat kan maken dat planning van de leveringen aan Suriname hiervan wat afwijkt.

Op grond van de bevindingen van dr. Sprenger, zal Nederland van juni tot en met augustus – naast het beschikbaar stellen van voldoende doses vaccins – ondersteuning leveren aan Suriname in de vorm van medisch personeel ondersteuning van gemiddeld 30 mensen. In reactie op de aangehouden motie van de Kamerleden Simons (BIJ1) en Gündoğan (Volt) over het doorbetalen van Nederlandse medisch personeel gedurende hun werkzaamheden in Suriname (Kamerstuk 25 295, nr. 1272), informeer ik u dat ik graag als volgt in de motie wil voorzien. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft in haar ledenbrief zorgmedewerkers opgeroepen zich in te zetten voor medische ondersteuning bij het verlenen van COVID-zorg aan Suriname. Hiermee steunt de NVZ mijn oproep aan Nederlandse ziekenhuizen zich in te zetten voor Suriname. De NVZ heeft de raden van bestuur verzocht om medewerkers, die geselecteerd zijn voor uitzending maximaal te faciliteren door betaald verlof te verlenen voor de duur van de uitzending, zijnde maximaal 4 weken. Vooralsnog hebben zich voldoende zorgmedewerkers gemeld om in de behoefte te voorzien. Indien zzp'ers zich willen inzetten voor Suriname, dan staan zij natuurlijk vrij om dit te doen.

Nederland zal hulp bieden bij de vaccinatiecampagne voor wat betreft kwaliteitsborging en steun bij het realiseren van een zo'n hoog mogelijke vaccinatiegraad. Het RIVM zorgt voor de levering van de vaccins. Verder zal Nederland voor de duur van de urgente COVID-19 crisis steun verlenen door het beschikbaar stellen van COVID-gerelateerde geneesmiddelen, noodzakelijke medische verbruiks- en hulpartikelen. Tevens zal desgevraagd het COVID-19-crisismanagement in Suriname nog verder ondersteund kunnen worden door het aanbieden van een Nederlandse deskundige. Het kabinet heeft voor de nieuwe hulp aan Suriname een aanvullend budget vrijgemaakt van 2 mln. euro.

### Financiële afspraken

Bij de vaccinatiecampagne zijn meerdere uitvoerende partijen betrokken. Het Ministerie van VWS heeft met alle betrokken partijen financiële afspraken gemaakt. Zo zijn met huisartsen, ziekenhuizen en de GGD'en afspraken gemaakt over de tarieven die gehanteerd worden voor de vaccinaties. Uitgangspunt bij de financiële compensatie is dat de tarieven kostendekkend zijn voor zowel een standaardvaccinatie als de vaccinaties met extra voorbereidings- en reistijd. Dit heeft als gevolg dat de tarieven verschillen per te vaccineren doelgroep.

**Tabel 3. Financiële afspraken uitvoerende partijen**

| Uitvoerder         | Soort prik           | Tarief <sup>1</sup> |
|--------------------|----------------------|---------------------|
| Huisartsen         | Standaard            | € 21                |
| Ziekenhuizen       | Standaard            | € 21                |
| Ziekenhuizen       | Complex <sup>2</sup> | € 29                |
| GGZ                | Complex              | € 35 en € 60        |
| Huisartsenposten   | Complex              | € 41,35             |
| Huisartsen         | Complex              | € 90,16             |
| Thuisvaccineren.nl | Complex              | € 90                |
| GGD                | Standaard            | Offertebasis        |

<sup>1</sup> Afhankelijk van het volume dat de uitvoerder prikt en de hiervoor opgezette infrastructuur verschillen de tarieven voor de «standaardprik».

<sup>2</sup> De complexe prikken zijn prikken die gezet worden waarvoor extra handelingen nodig zijn, zoals bij medische risicogroepen.

De huisartsen hebben voor de vaccinatiecampagne ook een groot aantal extra werkzaamheden uitgevoerd. Zij ontvangen veel vragen van hun patiënten, zij selecteren een aantal groepen (onder andere de groep 18–60-jarigen met een medische indicatie. Voor deze administratieve inzet worden huisarts vergoed met € 2,- per ingeschreven patiënt (peildatum 1-1-2021). De tarieven voor de huisartsen en huisartsenposten zijn op 14 juni jongstleden gepubliceerd in de subsidieregeling Publieke Gezondheid.

In ziekenhuizen is de groep mensen met een hoog-medisch risico gevaccineerd, voor een tarief van € 29,- per vaccinatie. Ook hebben ziekenhuizen zich voorbereid op eventuele inzet voor de grootschalige vaccinatiecampagne. De deelnemende ziekenhuizen ontvangen een standaardvergoeding voor de ingezette voorbereiding van € 10.000,- per ziekenhuis. Deze tarieven worden vastgelegd in een nog te publiceren subsidieregeling, waarna ook voor de ziekenhuizen een route voor het declareren van deze kosten wordt ingeregeld.

Het merendeel van de Nederlanders wordt gevaccineerd op een groot aantal GGD-vaccinatielocaties. De GGD heeft voor de vaccinatiecampagne een begroting opgesteld op basis van het aantal te zetten prikken, de overcapaciteit die beschikbaar wordt gehouden om wisselende vaccinatie-eringen snel te kunnen wegprikken en de kosten van de operatie die hiermee gemoeid zijn. Door aanvullende activiteiten, zoals de huidige inzet om moeilijk bereikbare groepen en mensen in wijken te vaccineren, zal hier nog een aanvullend bedrag voor worden afgesproken.

Bij de uitvoering van de vaccinatieoperatie werd duidelijk dat de reguliere uitvoerende partijen in sommige situaties niet in staat waren de uitvoering van bepaalde groepen met het gewenste tempo op te pakken. Zo is het vaccineren van de GGZ-instellingen, zowel cliënten als medewerkers, door de betreffende instellingen zelf gedaan. De instel-

lingen konden in januari niet terecht bij een van de overige uitvoerende partijen, om deze reden worden de door hen gemaakte kosten gedekt. Ook zijn afspraken gemaakt met het bedrijf Thuisvaccinatie.nl voor het vaccineren van inhaalrondes in instellingen en een deel van de niet-mobiele mensen. Thuisvaccinatie.nl was de enige geschikte partij die eind maart op korte termijn beschikbaar was. Ik was hierdoor genoodzaakt met deze partij op korte termijn afspraken te maken, en was er niet de gelegenheid om een uitgebreide consultatie met mogelijke andere partijen te doen. Daarmee is er onzekerheid ten aanzien van de rechtmatigheid.

Ook bij verdere knelpunten bij bijzondere, kwetsbare doelgroepen zal ik mogelijk op deze wijze snel met een beschikbare partij schakelen om de voortgang van de vaccinatiecampagne zoveel mogelijk te waarborgen.

### *Registratie CIMS*

In voorgaande brieven heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken ten aanzien van de registratie van het vaccinatieprogramma, en in de brief van 11 mei jl.<sup>58</sup> heb ik uiteengezet dat het registreren van de COVID-19 vaccinaties primair plaatsvindt in de bronsystemen van de uitvoerende partijen. Wanneer mensen toestemming hebben gegeven hun data te delen met het COVID-vaccinatie Informatie- en Monitoringsstelsel (CIMS) van het RIVM, worden deze data doorgegeven. Is deze toestemming er niet dan worden alleen geanonimiseerde gegevens gebruikt (procesinformatie), zodat het RIVM toch bijvoorbeeld de vaccinatiegraad en effectiviteit van de vaccins kan monitoren. Deze informatievergaring is relevant voor het ondersteunen van het beleid als ook de uitvoering van het vaccinatieprogramma en de mogelijke bijsturing daarop (berekeningen vaccinatiegraad en effectiviteit vaccins), maar ook voor het snel contact kunnen opnemen met mensen als er bijvoorbeeld iets mis is met (een batch van) een vaccin. Alle uitvoerende partijen in het vaccinatieprogramma zijn gevraagd om snel en accuraat data aan te leveren. Alle hiervoor benodigde ICT-koppelingen met CIMS zijn gereed en in gebruik. Momenteel is er vertraging ontstaan in de aanlevering door GGD GHOR van een fors aantal vaccinatiegegevens aan CIMS. Het gaat in totaal om zo'n 1,1 miljoen registraties. GGD GHOR voert een herstelactie met als doel om alle gezette prikken te registreren in CIMS.

In de vorige stand van zakenbrief heb ik gemeld dat er een taskforce is opgericht onder de leiding van het RIVM om – samen met koepelorganisaties en softwareleveranciers – ervoor te zorgen dat de registraties in CIMS van met name huisartsen en instellingen volledig up to date zijn gebracht<sup>59</sup>.

De taskforce heeft inmiddels verschillende acties ingezet om de registratie te bevorderen. Zo zijn er belrondes geweest bij huisartspraktijken en instellingen die geen vaccinatiegegevens aan CIMS hebben aangeleverd. Ook zijn via de leveranciers uitvoerende partijen gericht aangeschreven die weinig of geen gegevens hebben aangeleverd, inclusief een stappenplan voor het registreren. Daarnaast communiceert de LHV in haar nieuwsbrieven aan haar leden over het belang van registratie. Deze acties hebben ervoor gezorgd dat vooruitgang is geboekt in de registratie in CIMS door huisartsen en instellingen.

Het verschil tussen het geschatte aantal gezette vaccinaties (op basis van uitgereden vaccins) en het aantal in CIMS geregistreerde vaccinaties loopt nog steeds verder terug. Ermee rekening houdend dat er mensen zijn die geen toestemming hebben gegeven om de vaccinatiegegevens te delen

<sup>58</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179.

<sup>59</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1241.

met CIMS en om die reden ontbreken in de registratie (gerekend is met 8%), bedraagt naar schatting het aantal ontbrekende registraties in CIMS bij de zorginstellingen ongeveer 345.000 registraties (26% van het totale aantal geschatte vaccinaties bij de instellingen) en bij huisartsen ongeveer 580.000 registraties (ongeveer 30% van het totale aantal geschatte vaccinaties bij de huisartsen). Begin mei waren deze percentages 45% bij de instellingen en 36% bij de huisartsen, op basis van dezelfde aannames.

In deze fase blijft de taskforce gericht inzetten op instellingen en huisartspraktijken die nog weinig of geen gegevens hebben aangeleverd, oor ze hierop te attenderen en hulp aan te bieden bij het oplossen van eventuele knelpunten. Voor huisartspraktijken geldt voorts dat bij het betalen van declaraties voor het vaccineren en getoetst zal worden of praktijken vaccinatiegegevens hebben aangeleverd aan het centrale register. Indien dit niet het geval is, zal de betaling worden aangehouden en wordt tegelijkertijd hulp aangeboden voor het alsnog aanleveren van deze gegevens. Ook wordt gewerkt aan het delen van procesinformatie (geanonimiseerde data over alle gezette vaccinaties) door deze uitvoerende partijen, hetgeen aanknopingspunten biedt voor verbetering. Voor de huisartsen geldt dat de aanlevering van procesdata bijna volledig is. De verwachting is dat de uitvoerende partijen met al deze inspanningen een grote slag zullen maken om alsnog het merendeel van de ontbrekende vaccinatiegegevens door te geven aan het RIVM voor de centrale registratie in CIMS.

De vaccinatie van ingezetenen van Caribisch Nederland wordt geregistreerd door de plaatselijke GGD in Caribisch Nederland. Alleen geanonimiseerde gegevens (procesinformatie) komen in het landelijk register zodat het RIVM de vaccinatiegraad op de (ei)landen kan monitoren. Alle hiervoor benodigde ICT-koppelingen met het landelijk register zijn in gebruik.

Nederlanders die geheel of gedeeltelijk gevaccineerd zijn in het buitenland en naar Nederland komen, zal gevraagd worden hun vaccinatie(s) alsnog te laten registreren. Ik ben in gesprek met verschillende partijen uit het veld om te bekijken waar ik de registratie van deze groep kan faciliteren. Hier kom ik op korte termijn op terug. Zowel CIMS als verschillende bronsystemen zijn op dit moment nog niet geschikt om in het buitenland verrichte vaccinaties te registreren. Er wordt gewerkt aan oplossingen hiervoor, waardoor dit op korte termijn wel mogelijk zal worden. De vaccinaties van Nederlanders die langdurig in het buitenland verblijven (en niet ingeschreven zijn bij een Nederlandse gemeente in de Basisregistratie Personen), worden niet in CIMS geregistreerd omdat deze mensen niet op Nederlands grondgebied wonen. De registratie van hun vaccinaties is de verantwoordelijkheid van het land waar zij verblijven. Elders in deze brief ga ik daar verder op in.

## **11. Zorgen dat de zorg het aan kan**

### *Actueel beeld COVID-zorg in de ziekenhuizen*

Sinds eind april is er een constante daling van het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen. De gemiddelde instroom van COVID-patiënten daalt evenals de bezetting van zowel de IC- als klinische bedden. De verwachting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) op basis van de beschikbare data is dat de daling verder doorzet.

Op dit moment (stand 16 juni 2021) zijn volgens het LCPS in totaal 605 patiënten met COVID-19 in de Nederlandse ziekenhuizen opgenomen, waarvan 239 COVID-patiënten op de IC en 366 COVID-patiënten in de kliniek. Om de instroom van nieuwe COVID-patiënten op te vangen en om de druk op de IC- en verpleegafdeling zo goed mogelijk over de zieken-

huizen te verspreiden, word er (boven)regionaal samengewerkt en worden COVID-patiënten verspreid als dat nodig is. Het aantal verplaatsingen neemt sinds eind april af.

#### *Actueel beeld COVID-zorg in eerstelijnsverblijf*

De GGD-GHOR houdt middels de Monitor Zorgcontinuïteit niet-ziekenhuiszorg elke week bij hoe het staat met de eerstelijnsverblijfsbedden die beschikbaar zijn voor COVID-patiënten die niet naar het ziekenhuis hoeven, of die het ziekenhuis juist mogen verlaten, maar voor wie het niet mogelijk is om (direct) thuis te worden verzorgd.

Op dit moment is er een capaciteit beschikbaar van 644 eerstelijnsverblijfsbedden, waarvan er 112 bedden bezet zijn (cijfers 11 juni 2021). Vergeleken met vorige week is dit een daling in het aantal beschikbare bedden (-153) maar ook een daling in het aantal bezette bedden (-55). In alle 25 veiligheidsregio's is de situatie rondom personeel, middelen en processen beheersbaar. De actuele bedbezetting is in lijn met de prognoses. De verwachting is dat de bedbezetting zal blijven dalen en de komende maand afneemt naar nul.

Door de daling van het aantal besmettingen en de oplopende vaccinatiegraad, zal de extra COVID-capaciteit in de niet-acute zorg verder worden afgeschaald. De uitdagingen met betrekking tot de inhaalzorg, en een niet uit te sluiten ervaring van het virus, maken dat een minimaal te handhaven landelijke extra capaciteit (waakvlamniveau) afgesproken is.

#### *Stand van zaken reguliere zorg*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) meldde<sup>60</sup> op 14 juni jl. dat het aantal verwijzingen op 97% van het aantal verwachte verwijzingen ligt en dat ook het aantal patiënten met COVID-19-achtige klachten bij de huisarts verder afneemt. Daarnaast zijn er steeds meer operatiekamers in gebruik, 14% van de operatiekamers is nog afgeschaald terwijl dit 6 weken geleden nog 43% was. Ook het aantal ziekenhuizen dat aangeeft de kritiek planbare zorg (zoals kankerbehandelingen) weer volledig volgens planning te kunnen leveren neemt toe.

#### *Stand van zaken inhaalzorg*

Op 26 mei jl. heeft de Minister voor MZS de beleidsbrief over het inhalen van reguliere zorg en herstel van zorgprofessionals aan de Tweede Kamer gestuurd<sup>61</sup>. Zoals afgesproken in het kader «passende inhaalzorg msz», hebben ziekenhuizen in kaart gebracht hoeveel zorg er moet worden ingehaald en plannen gemaakt hoe deze zorg alsnog gaat worden gegeven. De zorgverzekeraars zijn deze plannen met de ziekenhuizen aan het aanvullen en aanscherpen, zodat er inzicht komt in de totale geschatte omvang van de inhaalzorg en de mogelijkheid om deze in 2021 op te pakken. De zorgverzekeraars zullen ook meenemen wat de knelpunten en risico's hierbij zijn. Voorbeelden daarvan zijn onzekerheden rondom een nieuwe golf van COVID-besmettingen, ziekteverzuim en aandacht voor de herstelbehoefte van zorgprofessionals. De zorgverzekeraars en de NZa verwachten half juli meer inzicht te kunnen geven.

Door de snel teruglopende aantallen COVID-patiënten, zijn de ziekenhuizen bezig met het inhalen van zorg. Tegelijkertijd is het cruciaal dat zorgprofessionals kunnen herstellen. Hier is aandacht voor in de plannen

<sup>60</sup> Landelijke Ketenmonitor 14 juni 2021.

<sup>61</sup> Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 566.

van de ziekenhuizen. Zoals in de passage Overgang naar endemische fase is aangegeven, is de Minister voor MZS ook in gesprek met beroeps- en belangenorganisaties van zorgprofessionals over de eerste inzichten en oplossingsrichtingen voor de problemen die velen van hen ondervinden door de extreme context waarin zij gewerkt hebben het afgelopen jaar.

#### *Motie Van der Voort c.s. over een visie en toekomstplan voor de zorg*

Tijdens het debat over de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 van 25 mei 2020, heeft het Eerste Kamerlid Van der Voort (D66) een motie ingediend met het verzoek om vóór de zomer te komen met een gedegen visie en toekomstplan voor de zorg voor zowel de korte als de langere termijn.<sup>62</sup> De overweging bij de motie was dat de zorgsector de komende maanden voor een grote opgave staat rondom het leveren van inhaalzorg en dat de druk op zorgprofessionals groot was en is. Op 26 mei heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport een Kamerbrief gestuurd over de ondersteuning van (ziekenhuis)zorg tijdens de coronacrisis, het herstel van zorgprofessionals en het inhalen van reguliere (ziekenhuis)zorg<sup>63</sup>. In deze brief gaat de Minister onder meer in op herstel en ondersteuning van zwaar belaste zorgprofessionals en de wijze waarop de reguliere zorg, die door de coronacrisis vertraging opliep, kan worden ingehaald. Ook wordt in de brief benoemd aan welke elementen we gaan werken om ervoor te zorgen dat de zorg beter uit de COVID-crisis komt. In de passage Overgang naar endemische fase lichten wij toe welke bouwstenen we klaarzetten om de zorg robuuster en flexibeler te maken, zodat we beter voorbereid zijn op toekomstige crisissituaties. Hierbij gaat het zowel om de curatieve als de langdurige zorg en de samenwerking tussen beide. Hiermee wordt de motie van het Eerste Kamer lid Van der Voort (D66) afgedaan.

#### *Voorbereidingen zorg op nieuwe ervaringen van het virus*

Het is onzeker hoe COVID-19-virus zich de komende tijd gaat ontwikkelen. Indien er in het najaar een ervaring van het virus zou zijn en er weer grotere aantallen COVID-patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen, dan vraagt dat opnieuw veel van de zorg. De zorg is hier wel op voorbereid: het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) blijft de aantallen patiënten in de klinieken en op de IC monitoren, net als de capaciteit in de ziekenhuizen. Ook gaat het LCPS door met het evenwichtig spreiden van COVID-patiënten over de regio's. Indien nodig, is het ook snel mogelijk om de IC-capaciteit te vergroten op basis van het Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)<sup>64</sup>. Het tijdelijk beleidskader over het waarborgen van de acute zorg in de COVID-19 pandemie zorgt ervoor, samen met het raamwerk dat is opgesteld door de FMS, dat er een gelijk speelveld is voor zorgorganisaties, zorgprofessionals en patiënten bij het verlenen van reguliere en COVID-zorg en helpt artsen bij het maken van afwegingen indien zorg weer zou moeten worden uitgesteld<sup>65</sup>. Ook voor de extreme situatie waarin de druk op de zorg zo groot is dat we maatregelen moeten nemen om ervoor te zorgen dat de meest noodzakelijke acute zorg en ondersteuning gegeven kan blijven worden (fase 3), liggen plannen klaar<sup>66</sup>. Hiervoor zijn fysiek en mentaal uitgeruste zorgprofessionals nodig. Dit vraagt om een zorgvuldige afwegingen waarin de zorgprofessionals zeggenschap hebben en hun herstelbehoefte wordt meegenomen. Zonder

<sup>62</sup> Kamerstuk 35 526, BH.

<sup>63</sup> Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 566.

<sup>64</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 455.

<sup>65</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317.

<sup>66</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 549.

tijd voor herstel kan een nieuwe piek lastig opgevangen worden. Een piek in het aantal COVID-patiënten in het ziekenhuis in het najaar, zal invloed hebben op (het inhalen van) uitgestelde zorg.

#### *Motie Van den Berg en Paulusma*

In het debat van 18 mei 2021 hebben de leden Van den Berg en Paulusma een motie ingediend om meerdere scenario's op te laten stellen waarin bekeken wordt hoe de druk op de zorg zich richting het najaar zou kunnen ontwikkelen en hierbij aan te geven hoe hierop geanticipeerd zal worden<sup>67</sup>. In de passage OMT-advies incl. epidemiologisch beeld wordt ingegaan op een mogelijke heropleving van de epidemie in de winter van 2021/2022. Bovenstaand is toegelicht welke voorbereidingen hiervoor zijn getroffen in de zorg. Hiermee wordt de motie van de leden Van den Berg en Paulusma afgedaan.

#### *Paramedische herstellzorg na COVID-19*

Mensen die na het doormaken van COVID-19 last hebben van ernstige beperkingen of klachten, kunnen onder voorwaarden paramedische herstellzorg vergoed krijgen uit het basispakket. Paramedische herstellzorg bestaat uit fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek en/of ergotherapie. De huisarts of medisch specialist beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor de herstellzorg, die monodisciplinair of als combinatie kan worden ingezet. De herstellzorg is per 18 juli 2020 voorwaardelijk en tijdelijk (tot 1 augustus 2021) toegelaten tot het basispakket. Een belangrijke voorwaarde voor de vergoeding is de bereidheid van patiënten om mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de paramedische herstellzorg. Ten tijde van de start van de voorwaardelijke toelating in juli 2020 was nog veel onbekend over het verdere verloop van de COVID-19-pandemie in Nederland, bijvoorbeeld of er wel of geen tweede golf zou komen. Daarom werd de aanspraak voor de duur van één jaar voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. Nu de tweede en derde golf een feit zijn geworden in het najaar 2020 en eerste kwartaal 2021, wil de Minister voor Medische Zorg en Sport de regeling met een jaar verlengen (tot 1 augustus 2022). Daardoor kunnen ook patiënten die in de tweede en derde golf ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt paramedische herstellzorg onder voorwaarden vergoed krijgen.

Met de herstellzorg is inmiddels de nodige ervaring opgedaan en naar aanleiding van de in de praktijk opgedane ervaringen wil de Minister voor Medische Zorg en Sport enkele wijzigingen aanbrengen. Naar aanleiding van de motie van het lid Marijnissen c.s.<sup>68</sup> is Zorginstituut Nederland gevraagd om advies uit te brengen (zie bijlage<sup>69</sup> bij deze brief). Het Zorginstituut baseert zijn advies op de beoordeling van casussen die zijn ingebracht bij C-Support. Uit de beoordeling van de ingebrachte casussen blijkt dat enkele voorwaarden onbedoeld knellen voor een kleine groep patiënten. De wijzigingen betreffen: het verlengen van de periode tussen het einde van het acute ziektestadium en de verwijzing voor de herstellzorg van vier naar zes maanden; het mogelijk maken dat de huisarts een verwijzing afgeeft voor een eventuele tweede behandelfase (nu is dat voorbehouden aan de medisch specialist) en het verduidelijken van de geldigheid van de reguliere aanspraken paramedische zorg vanuit het basispakket voor de patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt

<sup>67</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1224.

<sup>68</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1043.

<sup>69</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

maar die niet in aanmerking komen voor paramedische herstellzorg. Hieronder volgt een korte toelichting op deze drie wijzigingen.

Een voorwaarde voor vergoeding van de paramedische herstellzorg is dat de verwijzing voor de herstellzorg wordt gegeven binnen vier maanden na het einde van het acute ziektestadium. Het acute ziektestadium is de fase van COVID-19, waarin een patiënt symptomen heeft als koorts, benauwdheid met verminderde zuurstofopname, lamlendigheid, misselijkheid, diarree, heftige spierpijn of hoofdpijn. Het is inmiddels bekend dat bij sommige patiënten het acute ziektestadium lang kan aanhouden. Destijds is voor een termijn van vier maanden tussen het einde van het acute ziektestadium en de verwijzing naar paramedische herstellzorg gekozen, omdat het Zorginstituut een duidelijke relatie noodzakelijk achtte tussen de acute infectie leidend tot COVID-19, en de (ernstige) klachten en beperkingen van de patiënt in de fase daarna bij het herstellen van die infectie. Echter, de viermaandentermijn blijkt in de praktijk onbedoeld te knellen voor een kleine groep patiënten. Op advies van het Zorginstituut wordt deze termijn verlengd naar zes maanden.

De andere voorwaarde die gewijzigd wordt betreft de mogelijkheid van verwijzing voor de tweede behandelperiode door de huisarts. Deze is nu voorbehouden aan de medisch specialist. In het uitzonderlijke geval dat wordt vastgesteld dat er na de eerste behandelperiode van zes maanden sprake is van specifieke lange termijnschade na COVID-19 kan een tweede fase van behandeling nodig zijn. Het gaat bijvoorbeeld om een blijvende longafwijking, blijvende verkortingen van pezen of spieren (contracturen) of blijvende stoornissen aan zenuwen (neuropathieën). Als de medisch specialist inschat dat de patiënt baat heeft bij verdere paramedische behandeling, dan kan hij de patiënt een verwijzing geven voor een tweede behandeltermijn van paramedische herstellzorg. Met de wijziging wordt het mogelijk gemaakt dat ook de huisarts de verwijzing van de tweede fase van de behandeling kan afgeven, met oog op een specifieke groep patiënten die geen volledig of die een inadequaat behandeltraject heeft ondergaan. Deze patiënten zijn lang niet altijd in behandeling bij een medisch specialist. Op deze wijze wordt onnodige belasting van de medisch-specialistische zorg voorkomen.

Bij een groep patiënten, die in eerste instantie geen behoefte aan paramedische herstellzorg lijkt te hebben en daarvoor ook niet is verwezen, kan later toch hinderlijke klachten en beperkingen ontstaan. Bij relatief veel van deze patiënten gaat het om cognitieve problemen, vermoeidheid, gebrek aan conditie en uithoudingsvermogen en problemen in het dagelijks functioneren. Zij kunnen baat hebben bij ondersteuning door een ergotherapeut. Enkele patiënten houden langdurig last van stemproblemen en hebben daardoor behoefte aan logopedie. Deze zorg (ergotherapie en logopedie) valt onder de gebruikelijke voorwaarden onder de reguliere aanspraken van het basispakket. In de praktijk was er onduidelijkheid of voor patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt de reguliere aanspraken van het basispakket gelden. Daarom wordt met een wijziging verduidelijkt dat voor die patiënten die niet voldoen aan de voorwaarden van de paramedische herstellzorg (bijvoorbeeld omdat het acute ziektestadium langer dan een half jaar geleden is) de reguliere aanspraken van het basispakket gelden.

## 12. Kwetsbare personen in instellingen voor langdurige zorg en thuis

### Verpleeghuiszorg

#### Cijfers

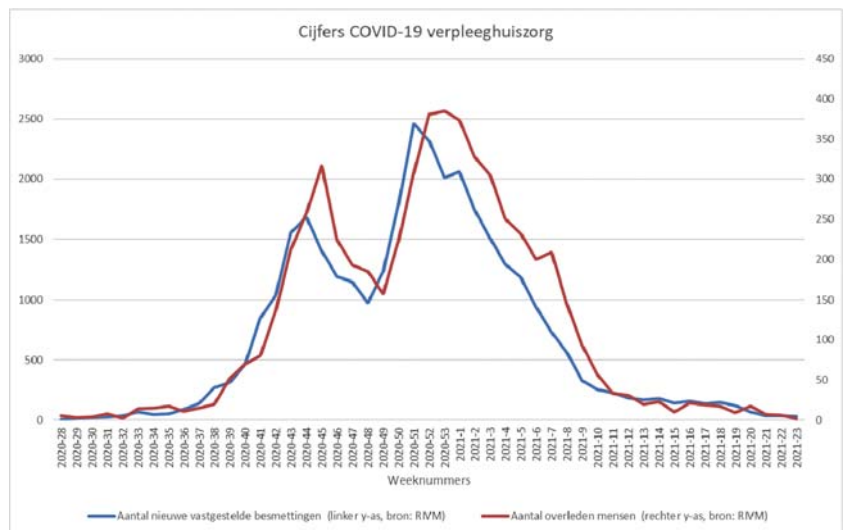
De huidige situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

#### Bewoners

- Uit de cijfers van het RIVM (peildatum 14 juni 2021) blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 22 en 23<sup>70</sup>) circa 62 bewoners positief getest zijn op COVID-19. Het aantal nieuwe besmettingen en de sterfte zijn snel afgenomen nadat de bewoners zijn gevaccineerd. Deze trend komt ook naar voren uit de cijfers van Verenso.
- Het RIVM schat dat sinds het uitbreken van de crisis bij circa 41.920 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd. Van dit aantal zijn circa 8.595 mensen als overleden gemeld. Een groot deel van de mensen die besmet zijn, herstelt gelukkig, mede door de goede verzorging die zij ontvangen.
- In week 23 is één bewoner overleden bij wie COVID-19 is vastgesteld.

In onderstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal nieuwe besmettingen en sterfte vanaf 1 juli 2020 weergegeven.

**Figuur 6. Cijfers COVID-19-verpleeghuiszorg**



#### Locaties

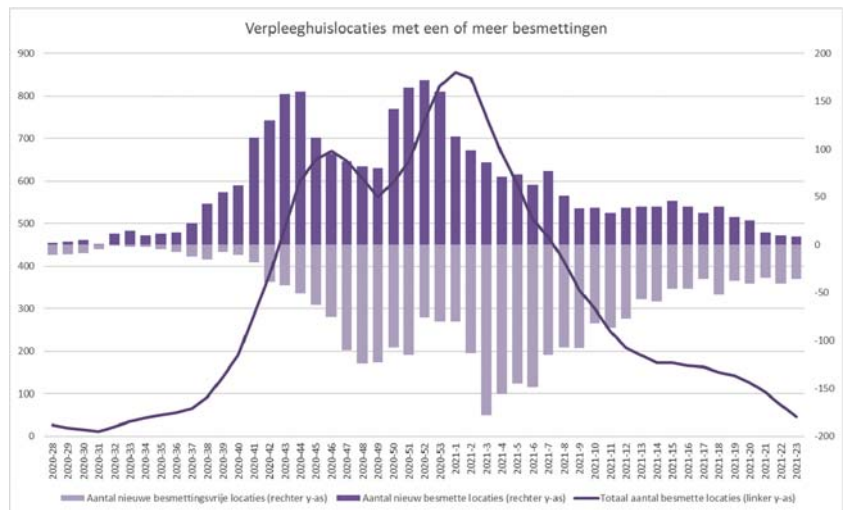
- Het aantal locaties met een besmetting is in de eerste maanden van het jaar 2021 flink afgenomen.
- Wekelijks raken nog wel nieuwe locaties besmet. Het gaat in totaal om negentien locaties in de afgelopen twee weken (tien in week 22 en negen in week 23).

<sup>70</sup> In deze paragraaf is met de RIVM-gegevens gerekend met weektotalen van zondag tot en met zaterdag. Week 23 is van 6 tot en met 12 juni.

- Op een aantal locaties waar sprake was van een besmetting, zijn in de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmettingen vastgesteld. Het gaat in totaal om 77 locaties in de afgelopen twee weken (41 in week 22 en 36 in week 23).
- De laatste weken is het aantal nieuwe locaties met een besmetting lager dan het aantal locaties waar de besmetting ten einde is, zodat per saldo het aantal locaties met een of meer besmettingen geleidelijk verder afneemt. Het RIVM schat dat op 12 juni 2021 bij 46 verpleeghuislocaties in de afgelopen vier weken sprake was van een of meer vastgestelde COVID-19-besmettingen. Dat is circa 2% van het aantal locaties. Het hoogst aantal besmette verpleeghuislocaties was op 8 januari. Toen waren er besmettingen op 858 locaties.

Het bovenstaande beeld is zichtbaar in de onderstaande grafiek. De lijn in de figuur geeft op de linker y-as het totaal aantal verpleeghuislocaties met een of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer. De staven boven de horizontale as geven op de rechter y-as het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven op de y-as het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer.

**Figuur 7. Verpleeghuislocaties met een of meer besmettingen**

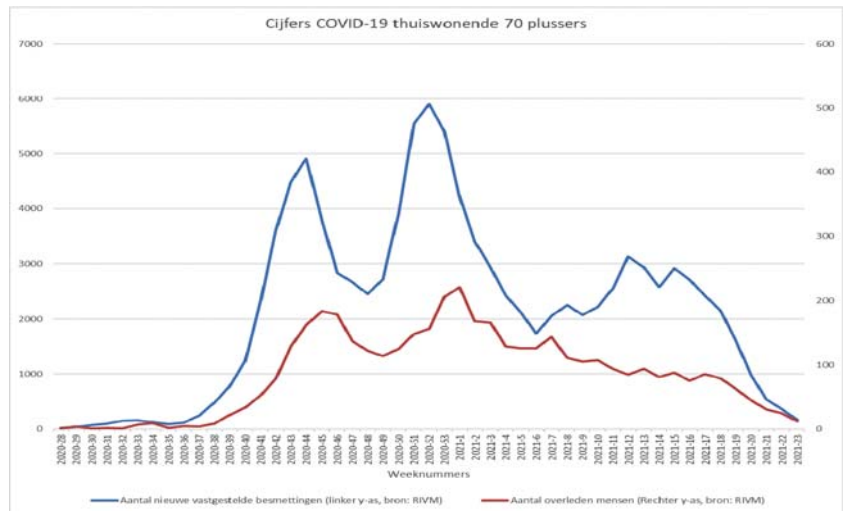


### Cijfers thuiswonende ouderen

De stand van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-overlijdens van thuiswonende 70-plussers is op dit moment als volgt:

- Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen, neemt de laatste weken snel af. Uit de cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 22 en 23) het aantal nieuwe besmettingen circa 540 bedraagt. Dit is fors minder dan de 1.520 in de voorgaande twee weken (week 20 en 21). Ook de sterfte aan COVID-19 onder deze groep neemt de laatste zes weken snel af.
- Het RIVM schat dat vanaf 1 juli 2020 bij ruim 104.700 personen van boven de 70 jaar die thuis wonen een COVID-19-besmetting is bevestigd, van wie ongeveer 4.155 mensen als overleden zijn gemeld.

**Figuur 8. Cijfers COVID-19 ouderen thuis (70-plus)**



### *Mensen met een beperking in gehandicaptenzorginstellingen en thuis*

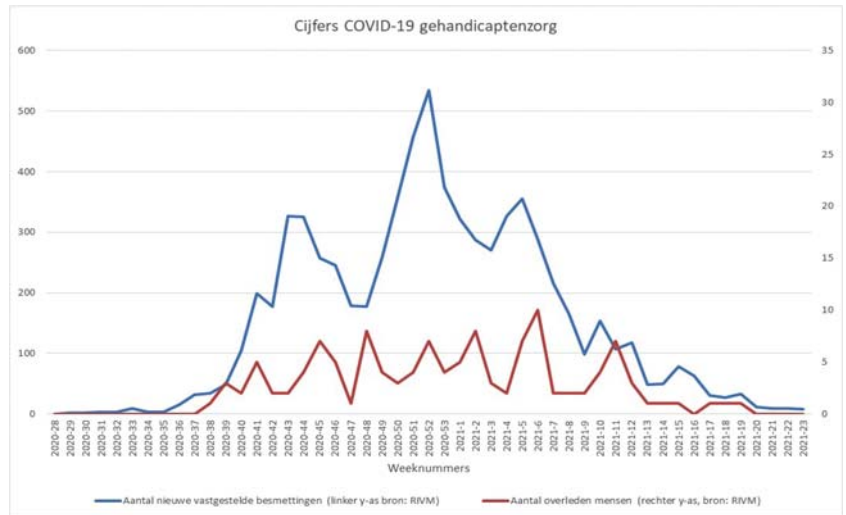
#### Bewoners

De situatie ten aanzien van het aantal COVID-19-besmettingen en COVID-19-sterfte in instellingen voor gehandicaptenzorg is op dit moment als volgt:

- Het aantal besmettingen en de sterfte in de gehandicapteninstellingen is de laatste weken zeer laag. Uit cijfers van het RIVM blijkt dat in de afgelopen twee weken (week 22 en 23) zeventien bewoners besmet zijn geraakt. In de twee weken daarvoor waren het er 21.
- Het RIVM schat dat sinds 1 juli 2020 bij 7.205 bewoners van instellingen sprake is van een bevestigde COVID-19-besmetting, van wie 123 mensen zijn overleden.

Bij de instellingen voor gehandicaptenzorg zien we dus dat het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen (linker y-as) de afgelopen periode is gedaald. De sterfte onder de bewoners blijft gelukkig laag (rechter y-as). In onderstaande figuur is de ontwikkeling vanaf 1 juli 2020 weergegeven.

**Figuur 9. Cijfers COVID-19 gehandicaptenzorg**



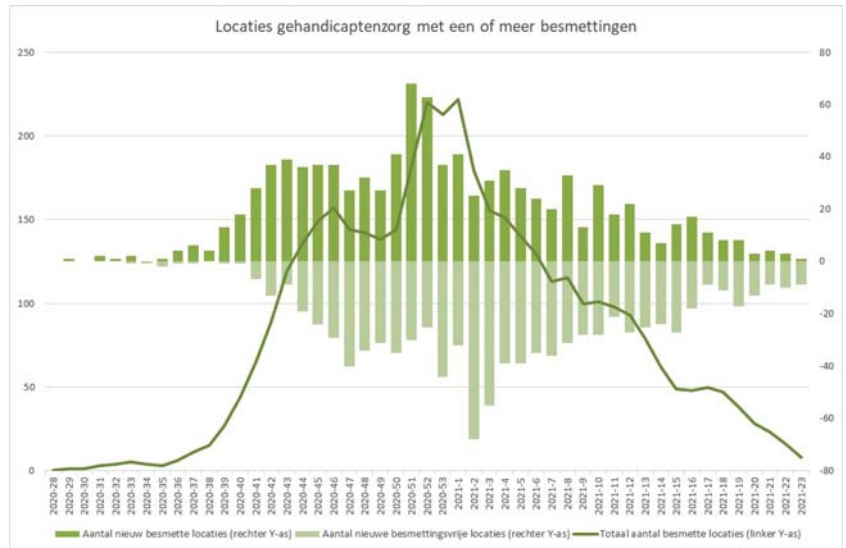
## Locaties

Het RIVM schat dat op 12 juni bij acht locaties voor gehandicaptenzorg sprake was van een vastgestelde COVID-19-besmetting. Dat is ongeveer 0,3% van het totaal aantal locaties. Het aantal besmette locaties schat het RIVM in op basis van het aantal locaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is geweest van ten minste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test. Het beeld is zichtbaar in onderstaande grafiek.

De lijn in de figuur geeft op de linker y-as het totaal aantal locaties met een of meer vastgestelde besmettingen in de tijd weer. De staven boven de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmette locaties per week weer. De staven onder de horizontale as geven (op de rechter y-as) het aantal nieuwe besmettingsvrije locaties weer.

In week 23 is er één nieuwe locaties besmet geraakt. Op circa negen locaties was de afgelopen 28 dagen geen nieuwe besmetting meer gemeld. Per saldo is het aantal locaties met een of meer besmettingen in week 20 dus weer verder afgenomen. Vanaf januari is een flinke afname te zien van het aantal locaties met besmettingen.

**Figuur 10. Locaties gehandicaptenzorg met een of meer besmettingen**



### *Maatschappelijke ondersteuning*

#### Motie Klaver/Jetten over volwaardig meedoen in de samenleving

De reactie op de motie van de leden Klaver en Jetten<sup>71</sup>, waarin de regering wordt opgeroepen om in gesprek te gaan met organisaties van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico over wat zij nodig hebben om deel te nemen in de samenleving en daarbij tevens gebruik te maken van (internationaal) onderzoek naar de impact op corona, is onverhoopt niet eerder in een brief opgenomen. Daarom wordt hierbij alsnog een toelichting gegeven hoe de motie tot uitvoering is gebracht.

De motie verzoekt de regering in gesprek te gaan met organisaties van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, om te horen wat zij nodig hebben om volwaardig mee te kunnen doen en daarin zo veel als mogelijk te voorzien. Sinds de start van de coronacrisis in maart 2020 is nauw samengewerkt met belangenorganisaties voor mensen met een beperking of chronische ziekte en (thuiswonende) ouderen. De motie ondersteunt derhalve het gevoerde beleid.

De samenwerking heeft geleid tot verschillende acties, waarover steeds in verschillende stand van zaken brieven is gerapporteerd. Voorbeelden daarvan zijn:

- extra aandacht voor begrijpelijke en toegankelijke informatie,
- de COVID-19 strategie voor mensen met een beperking, die in juni 2020 is gelanceerd en daarop volgend de COVID-19 strategie voor thuiswonende ouderen,
- de website van Vilans waarop gerichte informatie te vinden is voor mensen met een verhoogd gezondheidsrisico,
- de uitzondering op de mondkapjesplicht voor mensen met een beperking of chronische ziekte,
- de aanvullende adviezen op de Coronaroutekaart voor thuiswonende ouderen,
- en de vaccinatiestrategie, waarin de mensen met de grootste gezondheidsrisico's het eerste gevaccineerd zijn.

<sup>71</sup> Kamerstuk, 25 295, nr. 475.

- Waar nodig en mogelijk is daarbij gebruik gemaakt van (internationaal) onderzoek waartoe de motie oproept. Voor de uitzondering op de mondkapjesplicht is bekeken op welke manier andere landen dat hadden vormgegeven en is bij de advisering over de vaccinatiestrategie door de Gezondheidsraad gebruik gemaakt van (internationaal) onderzoek. De beide COVID-19 strategieën zijn of worden bovendien gemonitord. Dit heeft ten aanzien van de strategie voor mensen met een beperking geleid tot drie rapportage die uw Kamer heeft ontvangen, de derde en laatste bij de stand van zaken brief van 23 maart jl.<sup>72</sup> De eerste factsheet behorende bij de COVID-19 strategie voor thuiswonende ouderen is op 23 februari 2021 aan uw Kamer aangeboden<sup>73</sup>. Naar aanleiding van deze factsheet heeft ook een schriftelijk overleg plaatsgevonden op 23 maart 2021.<sup>74</sup>

### Buurthuizen

Sinds 5 juni is het voor buurt- dorps- en gemeenschapshuizen weer mogelijk voor een breder publiek de deuren te openen. In samenwerking met Sociaal Werk Nederland en het Landelijk Samenwerkingsverband Actieve bewoners is een handreiking opgesteld op basis waarvan de buurthuizen veilig de deuren breder hebben kunnen openen. Vlak na publicatie was de handreiking al meer 1200 keer gedownload, hetgeen aangeeft hoe belangrijk deze lokale voorzieningen zijn. De bredere openstelling van de buurthuizen zorgt ervoor dat sociaal en maatschappelijk contact in de wijk of in het dorp weer eenvoudiger kan plaatsvinden en zodoende kan ook het rijke verenigingsleven en het vrijwilligerswerk weer in een grotere setting doorgang vinden.

### Versoepeling van vervoer voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking

Het OMT heeft in het 96e OMT-advies, deel 2, van 19 januari 2021 geadviseerd over groepsvervoer van personen uit risicogroepen.<sup>75</sup> Het sectorprotocol zorgvervoer (vanaf 18 jaar), opgesteld door Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV), de landelijke vereniging voor ondernemers actief in zorg- en taxivervoer, samen met de vakbonden FNV en CNV Vakmensen is daarop aangepast. Dit protocol geldt voor alle vormen van zorgvervoer (CVV/regiotaxi, Wmo, Valys, ziekenvervoer, WSW en dagbesteding). In lijn met bovengenoemd OMT-advies is in het sectorprotocol onder meer opgenomen dat er een maximering in de bezetting van een voertuig geldt (één passagier per rij banken of stoelen en niet direct achter elkaar of achter de chauffeur) en dat reizigers – indien mogelijk – een medisch mondneusmasker moeten dragen. Ik heb uw Kamer hierover in de Stand van zakenbrief COVID-19 van 2 februari 2021 geïnformeerd.

Gezien de huidige epidemiologische situatie en vaccinatiegraad van risicogroepen en de verwachting dat fase 3 en fase 4 van het openingsplan tot een verdere stijging van de vraag naar zorgvervoer leidt, heeft VWS, mede op verzoek van en in overleg met gemeenten, opdrachtgevers, en vervoerders aan het RIVM en het OMT gevraagd of het mogelijk en verantwoord is om het advies te versoepelen.

De OMT-werkgroep Langdurige Zorg heeft hierover op 11 juni 2021 een advies uitgebracht. In dit advies, dat bij deze brief is bijgevoegd<sup>76</sup>, wordt kort weergegeven geconcludeerd dat, aangezien ouderen en mensen met

<sup>72</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1063.

<sup>73</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 995.

<sup>74</sup> Kamerstuk 25 295 nr. 1064.

<sup>75</sup> Advies 96e OMT over COVID-19 (deel 2) | Brief | Rijksoverheid.nl.

<sup>76</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

een verstandelijke beperking samen in een taxi zitten, bij thuiswonende gehandicapten een groot deel nog niet gevaccineerd is en bij de zelfstandig wonende ouderen ook nog een deel op vaccinatie wacht, het op dit moment te vroeg is de vervoersrichtlijnen gelijk te trekken aan die van het openbaar vervoer. Wel is het met de oplopende vaccinatiegraad mogelijk maatregelen enigszins te verruimen naar een bezetting van 2/3, waarbij het uitgangspunt is dat per bank twee mensen kunnen plaatsnemen met een lege stoel tussen hen in. Hierbij zit er geen passagier naast de chauffeur. De chauffeur en passagiers die tot deze doelgroepen behoren, dienen nog altijd een medisch mondneusmasker te dragen. Voor een deel van de personen zal het niet mogelijk zijn om een mondneusmasker te dragen.<sup>77</sup> Gezien de huidige vaccinatiegraad en de actuele infectiedruk is het verantwoord dat deze mensen zonder verdere aanpassingen aan de bezettingsgraad mee kunnen met de taxi.

Het sectorprotocol zorgvervoer (vanaf 18 jaar) is inmiddels aangepast en in lijn gebracht met bovenstaand advies.<sup>78</sup> De verwachting is dat deze versoepeling van het advies voor vervoer bijdraagt aan de verdere participatie van mensen met een beperking en ouderen in de maatschappij.

#### *Eigen Verklaring uitzondering mondkapjesplicht*

De afgelopen maanden heb ik samen met verschillende partijen, zoals cliëntorganisaties, handhavende partijen (Politie en Openbaar Ministerie), het openbaar vervoer (OV) en de supermarktbranche gewerkt aan de verbetering van het hulpkartje dat op dit moment in gebruik is om de uitzondering op de mondkapjesplicht aan te tonen. Mensen die vanwege hun ziekte of beperking geen mondkapje kunnen dragen, mochten dit kartje vanaf 1 december 2020 gebruiken als extra ondersteuning bij het aantonen dat zij uitgezonderd zijn van de mondkapjesplicht.

Het huidige kartje heeft sinds de introductie in december 2020 problemen gegeven in de handhaving van de mondkapjesplicht, omdat veel mensen – terwijl ze niet behoorden tot de uitgezonderde doelgroep – zonder mondkapje en met een leeg hulpkartje probeerden toegang te krijgen tot een openbare binnenruimte of het OV, met als gevolg (fysieke en verbale) incidenten met handhaving. Door de recente versoepelingen van coronamaatregelen en toenemende drukte lijken die problemen zelfs groter te worden. Door de toename van incidenten, met name bij OV-bedrijven, werd het kartje daarom niet meer overal geaccepteerd als geldig middel ter ondersteuning van het bewijs uitgezonderd te zijn van de mondkapjesplicht. Dit ten nadele van de mensen die zich er wel terecht op beriepen.

Daarom is met genoemde partijen een nieuwe «*Eigen Verklaring Uitzondering Mondkapjesplicht*» ontwikkeld. Deze eigen verklaring is duidelijker en de handhaving op de plekken waar de mondkapjesplicht van kracht blijft wordt aanzienlijk eenvoudiger, omdat misbruik van deze verklaring strafbaar is. Voor cliënten die wel tot de uitgezonderde doelgroep behoren, blijft de bewijslast hetzelfde. In de Eigen Verklaring geeft de gebruiker aan met welk bewijsmiddel hij of zij kan aantonen dat hij of zij onder de uitzondering valt. Daarbij wordt vastgehouden aan hetzelfde lijstje bewijsmiddelen dat sinds 1 december vorig jaar gehan-

<sup>77</sup> Mensen die vanwege hun beperking of ziekte geen mondkapje kunnen dragen, moeten zoals gebruikelijk zelf aantonen dat ze in aanmerking komen voor de voor uitzondering van de mondkapjesplicht. Zie voor meer informatie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/mondkapjes/mensen-met-een-beperking-of-ziekte>.

<sup>78</sup> <https://www.knv.nl/coronaprotocollen/>.

teerd wordt.<sup>79</sup> Door deze verbetering blijft de mondkapjesplicht handhaafbaar op plekken waar deze van kracht blijft. Doordat de handhaafbaarheid verbetert, zullen de mensen die zich terecht op de uitzondering beroepen daar ook van profiteren, omdat handhavende partijen makkelijker kunnen controleren of iemand aan de uitzondering voldoet en er minder overlast is van degenen die er misbruik van maken.

## **Andere onderwerpen**

### **13. Communicatie**

De komende zomerperiode zal, zolang er (basis)maatregelen zijn, hierover communicatie blijven plaatsvinden. De koepelcampagne «Alleen samen» is daarbij de voornaamste drager. Andere onderdelen van de communicatie, bijvoorbeeld richting specifieke doelgroepen zoals jongeren, worden onverminderd voortgezet. Het informatienummer 0800-1351 blijft in ieder geval in de lucht tot en met de laatste stap uit het openingsplan is genomen.

In de zomerperiode is het Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie (NKC) nog actief. Coronapersconferenties vinden in de zomerperiode alleen plaats indien daar aanleiding voor is. Gedurende de zomerperiode staan aanwezige bewindspersonen in andere vormen media te woord.

De voorbereidingen voor de communicatie van stap 4 zijn begonnen, zodat op 26 juni een nieuwe campagneronde klaar staat. We hebben daarbij extra aandacht voor evenementen, waarbij grote groepen mensen samenkomen zoals het EK-voetbal. Maar ook voor warme dagen waarbij veel mensen naar het strand en het park gaan. Ook is er aandacht voor de grotere evenementen waar mensen met toegangstesten naar toe kunnen gaan.

Communicatie op het gebied van vaccineren gaat onverminderd door, voor het bereiken van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. De vaccinatiecampagne gaat verder langs 3 lijnen: landelijke aanpak, basisinfrastructuur, regionale speerpunten. Meer over deze aanpak vindt u in de paragraaf Vaccinatie.

Voor introductie van het Digitale Corona Certificaat (DCC) is een publieks-campagne voorbereid en zijn de helpdesks van de betrokken departementen en organisaties in de keten ingericht. Een ruimere beschrijving van de communicatie treft u aan in de paragraaf over het DCC.

### *Quarantaine*

Per 1 juni is er een communicatieaanpak voor de quarantaineplicht via online communicatie gericht op reizigers en inzet via schermen op vliegvelden en ferry terminals. De hoog risicogebieden (dringend quarantaine advies) en zeer hoog risicogebieden (quarantaineplicht) vallen beide onder de kleurcode oranje. De Quarantaine Reischeck helpt bij het inzichtelijk maken van de actuele quarantaine- en testrichtlijnen per risicogebied bij (terug)komst in Nederland. Deze tool verwijst via [rijksoverheid.nl/quarantaineplicht](https://rijksoverheid.nl/quarantaineplicht) en [government.nl/mandatoryquarantine](https://government.nl/mandatoryquarantine) naar de benodigde quarantaineverklaring die beschikbaar is als invulbare pdf.

Op dit moment zijn er 40.000 quarantaineverklaringen gedownload via [rijksoverheid.nl/quarantaineplicht](https://rijksoverheid.nl/quarantaineplicht) en 67.000 Engelstalige via

<sup>79</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/mondkapjes/mensen-met-een-beperking-of-ziekte>.

government.nl/mandatoryquarantine. De communicatie richt zich op het verhogen van de naleving van de quarantaine.

#### 14. Financiële maatregelen in de zorg

De uitbraak van de COVID-19-pandemie vraagt het uiterste van zorgverleners en van de zorgorganisaties. Naast de zorginhoudelijke uitdagingen, heeft de crisis ook geleid tot financiële onzekerheden voor zorgaanbieders. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen en de financiële onzekerheid als gevolg van de COVID-19 pandemie te beperken, zijn eerder door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor zorgaanbieders die zorg leveren in de Zvw, de Wlz of de aanvullende verzekering, regelingen opengesteld waarmee een beroep kon worden gedaan op financiële bijdragen, waaronder voor gedeelde omzet en voor meerkosten door corona. Recentelijk zijn er voor de wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg (grz) en eerstelijnsverblijf (elv) door zorgverzekeraars (ZN) en de zorgaanbieders (Actiz) nieuwe financiële regelingen voor 2021 afgesproken.<sup>80</sup>

Met deze regelingen wordt de financiële impact in 2021 als gevolg van de coronapandemie voor hen gecompenseerd met een vergoeding voor gedeelde omzet en extra kosten. Zorgaanbieders, met en zonder een zorgovereenkomst met zorgverzekeraars, kunnen hiervoor een overeenkomst sluiten met zorgverzekeraars.

Ook in 2020 waren dergelijke regelingen van kracht en zijn de ervaringen die daarmee zijn opgedaan in de regelingen voor 2021 verwerkt. Ik ga ervan uit dat deze nieuwe regelingen nog beter op de praktijk van de zorgaanbieders zullen aansluiten en zorgaanbieders zullen helpen om de financiële impact van de crisis voor hun organisaties te verkleinen. Zorgverzekeraars Nederland – Nieuwsbericht (zn.nl)

#### 15. Caribisch deel van het Koninkrijk

De laatste gegevens van 16 juni 2021 van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld zien:

|                                                              | Bonaire       | St. Eustatius | Saba     | Curaçao        | Aruba          | Sint Maarten  |
|--------------------------------------------------------------|---------------|---------------|----------|----------------|----------------|---------------|
| Aantal actieve COVID patiënten (cumulatief)                  | 11<br>(1.601) | 0<br>(20)     | 0<br>(7) | 35<br>(12.304) | 21<br>(11.089) | 76<br>(2.554) |
| Aantal actuele ziekenhuisopnamen verpleegafdeling (op de IC) | 0<br>(0)      | 0             | 0        | 6<br>(2)       | 2<br>(0)       | 4<br>(2)      |
| Aantal patiënten overleden                                   | 17            | 0             | 0        | 123            | 107            | 32            |

Het aantal besmettingen en ziekenhuisopnames op de Caribische eilanden blijft stabiel laag. Op Sint Maarten is, zoals ook in de voorgaande brief aangegeven, nog een licht verhoogd aantal besmettingen en ziekenhuisopnames zichtbaar. Er zijn geen positieve gevallen te melden op Saba en Sint Eustatius.

De maatregelen op de benedenwindse eilanden worden, zoals ook in de vorige stand van zakenbrieven aangegeven, geleidelijk aan versoepeld. Dit leidt vooralsnog niet tot het weer oplopen van de besmettingen, waardoor versoepelingen langzaam verder worden doorgevoerd en de eilanden meer toeristen kunnen ontvangen. Begin juni zijn de eerste cruiseschepen aangemeerd op de ABC-eilanden. Samen met het RIVM houden de

<sup>80</sup> Brief ZN aan zorgaanbieder d.d. 3 juni 2021.

eilanden de consequenties van de versoepelingen en van de toename in toerisme nauwlettend in de gaten.

Wegens het verhoogde aantal besmettingen aan de Franse zijde van Sint Maarten en het toenemend aantal besmettingen aan de Nederlandse kant zijn op Sint Maarten op advies van het RIVM aanvullende maatregelen genomen. Deze blijven vooralsnog van kracht.

#### *Vaccinatiecampagnes Caribisch deel van het Koninkrijk*

De vaccinatiecampagnes in het Caribisch deel van het Koninkrijk verlopen voorspoedig. Op Aruba en Curaçao is inmiddels bij ruim 65% van de volwassen bevolking minimaal één prik toegediend, en op Sint Maarten bij 39% van de volwassenen. Ook op de BES-eilanden neemt de vaccinatiegraad verder toe. Ruim 75% van de volwassenen op Bonaire is minimaal één keer gevaccineerd en op Sint Eustatius is de vaccinatiegraad onder volwassenen momenteel 50%. De campagne op Saba is afgerond, daar is meer dan 90% van de volwassen bevolking tweemaal gevaccineerd. Op dit moment wordt op alle overige eilanden gebruik gemaakt van een aanpak die zich richt op lastiger te bereiken groepen. Zo gaan vaccinatieteams op Bonaire de wijken in en wordt op Sint Maarten geregeld een pop-up locatie in een wijk geopend. De grote priklocaties op de eilanden zullen nu geleidelijk afgeschaald worden. Kleinere locaties blijven geopend.

## **16. Gedragsondersteuning**

### *Resultaten gedragsondersteuning*

In de Kamerbrief van 13 april jl.<sup>81</sup> is gemeld dat het kabinet een integrale gedragsstrategie ontwikkeld heeft. Doel is om het risico op virusverspreiding zo klein mogelijk te houden door de naleving van de basisregels te bevorderen en om te streven naar versoepelingen die blijvend van aard zijn. Het kabinet zet daarom in op het verder betrekken van de samenleving en doet hiertoe een beroep op alle betrokken partijen om hierin verantwoordelijkheid te nemen. Het kabinet werkt hiervoor samen met decentrale overheden, GGD's, supermarkten, retail, onderwijs, werkgevers, politie, toerisme, sport en cultuur. Het gaat hierbij om zaken zoals het gewenste gedrag te vergemakkelijken, aanpassingen in de fysieke omgeving te maken, het meer benutten van de sociale omgeving en kennis delen.

De gedragsstrategie bestaat uit de volgende 3 sporen:

- Spoor A: Ontwikkeling van specifieke gedragsinterventies voor het naleven van de basismaatregelen, het vergroten van de testbereidheid en het stimuleren van de vaccinatiebereidheid;
- Spoor B: Gedragsondersteuning voor sectoren en samenleving tijdens de heropening van de samenleving;
- Spoor C: Taskforce Gedragsondersteuning en Communicatie: Het verbinden van goede initiatieven binnen en tussen maatschappelijke sectoren.
- Momenteel wordt er uitvoering gegeven aan deze sporen. Deze uitvoering vindt plaats zo lang de basisregels blijven gelden. In deze Kamerbrief wordt een beeld gegeven van de eerste resultaten uit de bovengenoemde sporen A en B. De taskforceleden dragen bij aan het behalen van deze resultaten door onderzoek, praktijk en netwerken aan elkaar te verbinden. Spoor A betreft onderzoek naar en ontwikkeling van succesvolle interventies voor specifiek doelgedrag. Diverse

<sup>81</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1105.

mogelijkheden worden onderzocht in pilots en vervolgens (indien effectief) opgeschaald. In spoor B worden deze zomer tijdens de versoepelingen zoveel mogelijk goede voorbeelden van gedrag gemaakt en in de praktijk gedeeld ter kennisverspreiding. Verder hebben partijen zoals gemeenten, (branche)organisaties en bedrijfsleven het aanbod gekregen om gebruik te maken van gedragsexpertise. Dit kan ingezet worden naar hun eigen behoefte en op maat, om het naleven van de basismaatregelen door hun bezoekers en werknemers tijdens de heropening van hun sectoren gemakkelijker te maken. Hieronder wordt uitgebreider ingegaan op de eerste resultaten van beide sporen.

Er heeft onderzoek plaatsgevonden bij hogescholen en universiteiten voor het stimuleren van gebruik van zelftesten. Doel van het onderzoek was inzicht krijgen in het naleven van verschillende basismaatregelen die nodig zijn om fysiek onderwijs te volgen – hoofdzakelijk het gebruik van zelftesten om naar school te mogen. Uit het onderzoek kwam een aantal belangrijke voorspellers voor de intentie tot het naleven van de maatregelen naar voren. Zo bleek dat de descriptieve norm (wat anderen doen) op alle gedragingen een belangrijke voorspeller was. Op basis hiervan is recentelijk gedragsondersteuning aangeboden bij het voorbereiden op veilig heropenen van universiteiten na de zomer. Dit aanbod is verspreid via vertegenwoordigers van studentenraden.

Op basis van de pilotreizen naar Rhodos en Gran Canaria is er een eindrapportage opgeleverd met aanbevelingen voor de reisbranche voor mogelijke interventies of ondersteuning om reizen veilig en verantwoord mogelijk te maken. In de aanbevelingen is o.a. opgenomen de communicatie richting reizigers zo concreet mogelijk te maken, hen een checklist aan te bieden en reminders te sturen. Aan de reisbranche is gedragsondersteuning aangeboden om de aanbevelingen verder te helpen implementeren.

Een aantal onderzoeken heeft ook geleid tot concrete advisering. Naar aanleiding van een advies ten behoeve van de quarantaine check zijn gedragsinzichten toegevoegd aan de quarantaine check op rijksoverheid.nl. Verder zijn er aanpassingen gemaakt in de tekst van de uitnodigingsbrief voor vaccinatie van het RIVM voor de groep 18- tot 60-jarigen op basis van gedragsonderzoek. Belangrijke aspecten hierbij waren «call to action» en helder taalgebruik.

Op dit moment lopen er nog twee onderzoeken. Het eerste onderzoek is een kwalitatief onderzoek en kortstondige pilots naar het gebruik van afstand-devices. Het onderzoek heeft tot nu toe uitgewezen dat deze devices de potentie hebben om een goed en relevant hulpmiddel te zijn bij bewustwording van de anderhalve meter maatregel, de frequentie van het niet naleven hiervan en als trigger om afstand te houden. Echter is het succes van de devices afhankelijk van een aantal factoren om als hulpmiddel te dienen en de impact op gedrag daardoor beperkt. Eind juni worden de resultaten van dit onderzoek opgeleverd. Het tweede onderzoek is naar gedragsinterventies. Gedragsinterventies kunnen ook bijdragen aan het spreiden en verminderen van het winkelbezoek. Momenteel vindt er een onderzoek plaats bij een supermarktketen. Met behulp van speciaal ontwikkeld interventiemateriaal wordt klanten gevraagd vaker in de daluren te shoppen en voor meerdere dagen boodschappen te doen. De eerste resultaten zijn positief, er is een merkbaar effect. De eindrapportage wordt eind juni verwacht.

Andere concrete resultaten om op dit moment te noemen zijn de tool TestAdvies en een thuiswerkconferentie. De tool TestAdvies is ontwikkeld in samenwerking met het RIVM. Met deze zelfdiagnosetool kunnen mensen die twijfelen snel nagaan of het verstandig is om zich te laten testen. Onderzoek heeft aangetoond dat de tool kan leiden tot een toename van 17% in de intentie van mensen zich te laten testen. De tool komt in juni beschikbaar op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl). Daarnaast is op 29 april een thuiswerkconferentie georganiseerd in samenwerking met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en sociale partners. Driehonderd deelnemers zijn gestimuleerd om (verder) na te denken over de toekomst van thuiswerken voor hun organisatie en welke kansen/randvoorwaarden er spelen bij hybride werkvormen.

Een onderzoek dat nu loopt en vermeldingswaardig is om te noemen waarvan de resultaten nog niet bekend zijn, betreft het testen van gedragsondersteunende maatregelen die bijdragen aan druktespreiding in de binnensteden. In dit traject wordt gebruik gemaakt van eerdere ervaringen van diverse gemeenten. Dit project wordt in juli 2021 afgerond en zal gemeenten handvaten bieden om drukte te spreiden. Kennis over druktespreiding in binnensteden is ook na de crisis bruikbaar.

## **17. Steunpakket welzijn en leefstijl**

Vanuit het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl<sup>82</sup> is ook extra geld vrijgekomen voor inzet op gezondere leefstijl (bijna 60 mln euro). Belangrijk deel van dit geld (23 miljoen) komt bij gemeenten terecht via een specifieke uitkering, zie hiervoor de publicatie van de regeling in Staatscourant<sup>83</sup>. Met deze regeling wordt 23 miljoen euro aan gemeenten beschikbaar gesteld om in te zetten op een gezondere leefstijl en inzet van erkende leefstijlinterventies.

## **18. Wetsvoorstel sluitingsbevoegdheid publieke en besloten plaatsen**

Op dit moment heeft uw Kamer het wetsvoorstel tot wijziging van de Wpg in verband met een sluitingsbevoegdheid ten aanzien van publieke en besloten plaatsen wegens een uitbraak (35 817) in behandeling. Uw Kamer heeft op 20 mei jl. het verslag vastgesteld. Gelet op de recente positieve ontwikkelingen in de epidemiologische situatie heeft het kabinet besloten de nota naar aanleiding van het verslag aan te houden. Dit maakt dat de epidemiologische verwachtingen in het najaar kunnen worden afgewacht en meegenomen bij de besluitvorming over dit wetsvoorstel.

Het OMT heeft zich in het advies dat uw Kamer bij deze brief wordt aangeboden uitgelaten over een aantal bestaande maatregelen die in de nabije toekomst nog nodig blijven. Het OMT heeft derhalve nu niet geadviseerd over de sluitingsbevoegdheid uit dit wetsvoorstel. Ik zal hierover in gesprek treden met de GGD-GHOR Nederland, de gemeenten en veiligheidsregio's. Tevens zal ik het OMT verzoeken hierover te adviseren, zodat dit meegenomen kan worden bij de besluitvorming over de voortzetting van de behandeling van dit wetsvoorstel.

## **Slot**

Het vaccineren en testen in combinatie met de maatregelen van de afgelopen tijd, en daarbij het seizoenseffect heeft geleid tot lage besmettingscijfers. En dat betekent dat er steeds meer kan. Het kabinet houdt de

<sup>82</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 988.

<sup>83</sup> Stcrt. 2021, nr. 26470.

komende maanden vinger aan de pols, zeker aan het einde van de zomer, vanwege de mogelijkheid dat het virus – of een ernstige variant ervan – toch weer oplaait. Het kabinet hoopt tegen het einde van de zomer perspectief te bieden op het loslaten van de basismaatregelen. Met de aanstaande versoepelingen in aantocht belooft het een mooie zomer te worden. We gaan met vertrouwen de zomer in.

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