

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

828

Vragen van het lid **Van Haga** (Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de classificatie van COVID-19 en aanverwante vragen* (ingezonden 8 september 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 november 2020).

Vraag 1

Wat is de Case Fatality Rate (CFR) van COVID-19 in maart 2020 en wat is de CFR op 1 september 2020 in Nederland?

Antwoord 1

De case fatality rate is de ratio tussen het aantal overleden personen en het aantal besmette personen in een bepaalde tijdperiode. De waarde is sterk afhankelijk van het testprotocol, dat bepaalt welke mensen met een besmetting in beeld komen. Daarnaast is van invloed hoe goed geregistreerd wordt hoeveel mensen er zijn overleden aan COVID-19.

Maart-april:

In de periode maart-april zijn 2.026.416 mensen getest, waarvan 39.758 positief, waarvan 5.618 overleden.

Voor de periode maart-april is de case fatality rate dan $5618 / 39.758 = 14\%$

In de periode van maart en april is 14 procent van de personen die positief getest is overleden.

Juli-augustus:

In de periode juli-augustus zijn 1.629.505 mensen getest, waarvan 21.119 positief, waarvan 103 overleden.

Voor de periode juli-augustus is de case fatality rate $103 / 21.119 = 0,5\%$

In de periode van juli en augustus is 0,5 procent van de personen die positief getest is overleden.

Het verschil tussen de case fatality rates over deze twee periodes wordt verklaard door een verandering van het testbeleid. In maart en april werden alleen mensen met ernstige klachten en zorgpersoneel getest. Vanaf 1 juni jl. kan iedereen met klachten zich laten testen. Hierdoor werden meer besmettingen onder mensen uit jongere leeftijdsgroepen met veelal lichte klachten ontdekt, die een lager risico op overlijden hebben.

Vraag 2

Wat was de CFR van influenza in de jaren 2017, 2018 en 2019 in Nederland?

Antwoord 2

De CFR van influenza is niet goed bekend in Nederland. Hier is geen specifiek onderzoek naar uitgevoerd.

Vraag 3

Wat is de Infection Fatality Rate (IFR) van COVID-19 in maart 2020 en wat is de IFR op 1 september 2020 in Nederland?

Antwoord 3

De IFR van COVID-19 in Nederland is berekend voor de periode medio-maart t/m 4 mei. Deze is geschat op 1%. De IFR in september is nog niet bekend.

Vraag 4

Wat was de IFR van influenza in de jaren 2017, 2018 en 2019 in Nederland?

Antwoord 4

De IFR van influenza is niet bekend in Nederland. Hiernaar wordt geen specifiek onderzoek uitgevoerd.

Vraag 5

Bent u het eens met de classificatie van COVID-19 als een klasse-A ziekte?

Antwoord 5

Zeker, voormalig Minister voor Medische Zorg en Sport Bruno Bruins heeft COVID-19 namelijk zelf als een A-ziekte geclassificeerd. Infectieziekten, zoals het coronavirus, kunnen op grond van artikel 1 Wpg worden ingedeeld in vier groepen: A, B1, B2 en C. De indeling bepaalt welke maatregelen de overheid kan nemen ter bestrijding van de infectieziekte. De toenmalige Minister voor MZS heeft, op grond van artikel 20 Wpg, het coronavirus, op 28 januari 2020 aangewezen als behorende tot «groep A», zoals onder meer MERS, SARS, pokken en polio. Dit is gebeurd via een ministeriële regeling in overeenstemming met het gevoelen van de ministerraad. Een voorstel voor wet ligt bij uw Kamer.

Vraag 6

Kan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de classificatie van COVID-19 als een klasse-A ziekte tussentijds aanpassen?

Antwoord 6

Aangezien dit een nationale classificatie is, kan dit niet.

Vraag 7 en 8

Verschilt de classificatie per land? Zo nee, waarom niet? Kunt u een overzicht geven van de classificaties van COVID-19 per 1 april 2020 en 1 september 2020 in de andere EU-landen?

Antwoord 7 en 8

Ik heb geen inzicht in de specifieke vormgeving van de wetgeving in andere landen. De maatregelen zijn echter overal vergelijkbaar.

Vraag 9

Bent u verplicht om de classificatie als A-ziekte over te nemen? Zo nee, waarom is dat dan wel gebeurd?

Antwoord 9

Er is geen sprake van het overnemen van een classificatie.

Vraag 10

Is er aanleiding om de classificatie van COVID-19 als een ziekte in de A-categorie te wijzigen, nu er meer bekend is over het virus? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Er kan aanleiding zijn om de classificatie van een ziekte te wijzigen als er meer over bekend is, of als de epidemiologische situatie gewijzigd is. Dat is nu echter niet aan de orde.

Vraag 11

Wat zou het gevolg zijn voor het beleid met betrekking tot de coronamaatregelen bij een afschaling van COVID-19 van een A-status naar bijvoorbeeld een B-status?

Antwoord 11

Bij ziekten die ingedeeld worden in groep B kunnen minder ingrijpende maatregelen genomen worden, is de bestrijding in handen van de burgemeester in plaats van de voorzitter veiligheidsregio en geeft de Minister van VWS geen leiding aan de bestrijding. De rol van de Tweede Kamer is daarbij ook anders.

Vraag 12

Bent u op de hoogte van het artikel «The 1% blunder: How a simple but fatal math mistake by US Covid-19 experts caused the world to panic and order lockdowns»?¹

Antwoord 12

Ik heb dit artikel bekeken.

Vraag 13

Bent u het eens met de conclusie dat er een fout gemaakt is op grond waarvan COVID-19 ten onrechte in klasse-A terecht is gekomen?

Antwoord 13

Ik ben niet van mening dat COVID-19 geen A-ziekte zou moeten zijn.

Vraag 14

Vindt u dat er aanleiding bestaat, gelet op de inhoud van het bovengenoemde artikel, om de indeling van COVID-19 in klasse-A in Nederland te wijzigen?

Antwoord 14

Ik zie geen aanleiding om de classificatie van COVID-19 op dit moment aan te passen.

Vraag 15

Kunt u aangeven welke criteria worden gehanteerd om te bepalen wanneer sprake is van een epidemie en tevens welke criteria worden gehanteerd om te bepalen wanneer een epidemie voorbij is? Kunt u dit ook specifiek voor COVID-19 doen?

Antwoord 15

Voor epidemieën in het algemeen geldt geen vaste definitie. Het gaat om een professionele beoordeling van de omvang en snelheid van de verspreiding van een ziekte in Nederland. Voor de jaarlijks terugkerende griepepidemie hanteert Nederland een vaste grenswaarde om te bepalen wanneer er sprake is van een epidemie (twee weken achter elkaar minimaal 58 mensen per 10.000 inwoners die griep of een griepachtige aandoening hebben). Op die manier kunnen verschillende jaren ook met elkaar worden vergeleken. Voor de aanpak van covid-19 in Nederland is overigens niet alleen de actuele verspreiding in Nederland van belang, maar ook de dreiging van een epidemie. Als het aantal besmettingen in Nederland laag is, maar de verspreiding in andere landen nog aanzienlijk is en de weerstand van de Nederlandse bevolking relatief laag, acht het kabinet maatregelen ter voorkoming van een epidemie in Nederland ook noodzakelijk.

Vraag 16

Kunt u aangeven wat voor effect de vals positieven bij polymerase chain reaction (PCR)-testen hebben op het vaststellen van de CFR en de IFR?

¹ RT, 6 september 2020, «The 1% blunder: How a simple but fatal math mistake by US Covid-19 experts caused the world to panic and order lockdowns» (<https://www.rt.com/op-ed/500000-covid19-math-mistake-panic/>).

Antwoord 16

Theoretisch, als er foutief positieven zijn, gedefinieerd als PCR positief signaal terwijl er geen erfelijk materiaal van het SARS-CoV-2 virus in het diagnostisch monster van de patiënt aanwezig is en de patiënt op basis daarvan onterecht als case of geïnfecteerd wordt beschouwd, kan de CFR en IFR lager berekend worden omdat de noemer hoger is. Maar evengoed kan de teller hoger zijn, en het netto effect anders. Daarbij is het van belang hoe de teller en noemer van de CFR en IFR gedefinieerd worden en bepaald zijn.

Vraag 17 en 18

Kunt u bewijs overleggen waaruit blijkt dat de PCR-test gevalideerd is om echte COVID-19 besmettingen (mensen die besmettelijk voor anderen zijn en er in meer of mindere mate symptomen van hebben) aan te tonen? Kunt u alle modellen, data en aannames overleggen die gebruikt zijn bij het schatten van het reproductiegetal R?

Antwoord 17 en 18

PCR testen zijn gevalideerd voor het specifiek aantonen van erfelijk materiaal van het SARS-CoV-2 virus. Met de PCR kan een echte SARS-CoV-2 besmetting die tot infectie heeft geleid worden vastgesteld. Met de PCR kan niet worden aangetoond of het aangetoonde erfelijke materiaal afkomstig is van infectieus virus en of dit infectieuze virus kan worden overgedragen naar een andere persoon.

Vraag 19 en 20

Kunt u alle modellen, data en aannames overleggen die gebruikt zijn bij het meten en schatten van de effecten van de anderhalve meter maatregel?

Vraag 20

Kunt u, nu de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bij een van de technische briefings heeft aangegeven dat 1,5 meter arbitrair is, aangeven wat uw onderbouwing is om, ondanks het feit dat de WHO 1,0 meter adviseert, toch te kiezen voor 1,5 meter?

Antwoord 19 en 20

Deze modellen, data en aannames zijn te vinden op de site van het RIVM en worden door de heer Van Dissel toegelicht bij de technische briefing.

Vraag 21

Kunt u, nu de directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) bij een van de technische briefings heeft aangegeven dat 1,5 meter arbitrair is, aangeven wat uw onderbouwing is om, ondanks het feit dat de WHO 1,0 meter adviseert, toch te kiezen voor 1,5 meter?

Antwoord 21

Hoewel niet alles bekend is over het nieuwe coronavirus, is duidelijk dat de meeste druppels die vrijkomen bij het hoesten of niezen niet verder komen dan één tot twee meter. Onderzoek laat zien dat reeds het houden van een afstand van één meter effectief is; er zijn aanwijzingen dat een grotere afstand effectiever is bij het voorkomen van besmettingen. De keuze voor anderhalve meter is ingegeven door de constatering dat de grote druppels zelden verder komen dan anderhalve meter. Om deze reden geldt in het overgrote deel van (West-)Europa de verplichting of het dringende advies om ten minste anderhalve meter afstand aan te houden.