

AH 1758
2021Z01649

Antwoord van minister De Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
(ontvangen 18 februari 2021)

Vraag 1.

Wat is volgens u de voornaamste reden dat Nederland een vaccinatiegraad heeft van 1,01 procent terwijl het gemiddelde binnen de Europese Unie ligt op 2,19 procent[1]? Kunt u nader toelichten of dit te maken heeft met de voorbereiding, de tegenvallende uitvoering van de strategie of de tegenvallende levering die voor elk lidstaat hetzelfde is?

Antwoord vraag 1.

De eerste prik is in Nederland gezet op 6 januari. Andere lidstaten van de Europese Unie hadden de eerste prik in de 2 weken daarvoor gezet. Tevens heeft Nederland een ruime zekerheidsmarge gehanteerd in het voorraadbeheer. Nederland heeft in eerste instantie gekozen voor het 100% op voorraad houden van een vaccin voor de tweede prik, uitgaande van wisselende en tegenvallende leveringen. Over de wijze waarop we momenteel aan het inlopen zijn, met onder meer een aangepast voorraadbeheer en een lagere spillage dan waar we eerder rekening mee hielden, heb ik u nader geïnformeerd in mijn Kamerbrief van 20 januari en 2 februari jl.

Vraag 2.

Welke afgesproken deadlines betreffende de vaccinatiestrategie zijn afgelopen maanden niet gehaald?

Antwoord vraag 2.

Zoals ik meermaals richting uw Kamer heb aangegeven moet in de uitvoering van de vaccinatiestrategie rekening worden gehouden met een drietal afhankelijkheden. Ten eerste, de geschiktheid van vaccins voor specifieke groepen, ten tweede het moment van beschikbaarheid van vaccins en de aantallen waarin ze worden geleverd, en tot slot de logistieke kenmerken en de wijze van levering van vaccins. Op basis van adviezen van de Gezondheidsraad is een volgorde bepaald van de verschillende doelgroepen die voor een vaccinatie in aanmerking komen. Gegeven de afhankelijkheden houd ik zo veel mogelijk vast aan de volgorde, omdat daarmee bescherming tegen ziekte en sterfte wordt geboden. Gegeven de informatie van fabrikanten over de exacte momenten en aantallen van leveringen kunnen we de uitvoering steeds concreter en specifiekter plannen. Tegelijkertijd moeten we dus soms schuiven in de start van een doelgroep en is ook sprake van een langere doorlooptijd. Over het bijstellen en/of verder invullen van de activiteiten zoals ook weergegeven in de flowchart informeer ik uw Kamer doorlopend, laatstelijk 5 februari jl.

Vraag 3.

Wanneer verwacht u dat Nederland op dezelfde vaccinatiegraad zit als het EU-gemiddelde (of zelfs daarboven) en welke vaccinatiesnelheid (aantal vaccinaties per dag) is daarvoor nodig?

Antwoord vraag 3.

Het is niet goed in te schatten wanneer Nederland op dezelfde vaccinatiegraad zit als de andere EU-landen of zelfs daar boven. Ik verwacht dat de relatieve achterstand snel zal zijn ingelopen. De EU-landen krijgen naar rato van de bevolkingsomvang ongeveer dezelfde hoeveelheid vaccins geleverd. De vaccinatiesnelheid en -graad in de verschillende landen is afhankelijk van de snelheid waarmee vaccin geleverd wordt en de omvang van die leveringen in de landen en de wijze waarop dit ingezet wordt; bijvoorbeeld hoe omgegaan wordt met het voorraadbeheer, inzet van vaccin en hoe landen omgaan met het prikinterval voor de eerste en tweede prikken voor de verschillende vaccins. In mijn Kamerbrief van 2 februari jl. leg ik uit hoe ik een aantal uitgangspunten heb gewijzigd om de vaccinatieoperatie te versnellen.

Vraag 4.

Welke sleutelfiguren binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de regie over de verschillende uitvoerende instanties in de vaccinatiestrategie? Welke taken heeft het ministerie onder zich en uit welke hoedanigheid wordt deze regie uitgevoerd?

Antwoord vraag 4.

Het ministerie is eindverantwoordelijk voor de COVID-19 vaccinatie. Op het beleidsdepartement ligt de verantwoordelijkheid voor de beleidsafwegingen binnen de strategie en de financiering, en het RIVM voert de regie over de uitvoering. De uitvoering vindt plaats in samenwerking met de verschillende uitvoerende partijen (zoals de GGD'en, huisartsen, ziekenhuizen en instellingen). Tussen het beleidsdepartement, het RIVM en de uitvoerende partijen vindt dagelijks overleg en afstemming plaats, variërend van bestuurlijk tot operationeel niveau.

Vraag 5.

Wat is uw opvatting om een regierol bij Defensie te leggen en klopt het dat Defensie de inzet van het leger heeft aangeboden om de uitvoering te verbeteren? Klopt het dat u dat hebt geweigerd?

Antwoord vraag 5.

Nee. Voor de zomer van 2020 is verkend op welke wijze de uitvoering van de vaccinatiecampagne tegen COVID-19 het meest logisch zou zijn. Toen is geconcludeerd dat de meest voor de hand liggende route is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de reeds bestaande structuren. Er is daarom gekozen om het RIVM als

coördinator van het vaccinatieprogramma aan te wijzen. Bij de uitvoering wordt wel degelijk beroep gedaan op Defensie. Defensie ondersteunt het RIVM bij de logistieke operatie met name op het coördinerende vlak. Daarnaast is met Defensie de afspraak gemaakt dat, indien nodig, binnen afzienbare termijn maximaal 1000 medewerkers van Defensie kunnen worden ingezet voor de ondersteuning en het vaccineren. Van deze mogelijkheid hebben we tot nu toe geen gebruik hoeven maken.

Vraag 6.

Klopt het dat vanuit het bedrijfsleven hulp is aangeboden om de uitvoering te verbeteren? Klopt het dat u dat hebt geweigerd?

Antwoord vraag 6.

Nee. Het klopt dat er vanuit het bedrijfsleven hulp wordt aangeboden. Ik heb hierover overleg met VNO-NCW en het bedrijfsleven. Ik ben hen zeer erkentelijk voor hun betrokkenheid en het aanbod van expertise om de vaccinatiecampagne te kunnen versnellen. Het RIVM laat zich op dit moment adviseren over de logistiek en het planningsproces. Dit gebeurt onder de vlag van de Topsector Logistiek en met betrokkenheid van leden van VNO-NCW (zoals logistieke specialisten uit bedrijven als ASML en Heineken), onder leiding van prof. dr. ir. Jan C. Fransoo, hoogleraar Operations and Logistics Management aan Tilburg University en de TU Eindhoven. Op basis hiervan worden voorstellen gedaan voor het mogelijk verbeteren van plannings- en logistieke processen, zowel om bij te dragen aan mogelijke versnellingen op de kortere termijn, alsook om meer en regelmatige scenarioplanning mogelijk te maken voor de middellange termijn. Daarnaast hebben in de afgelopen periode veel (individuele) bedrijven aanbiedingen gedaan voor ondersteuning met onder andere koel- en invriesapparatuur, ICT-voorzieningen, digitale mogelijkheden voor vaccinatiebewijzen en vervoersaanbiedingen. Van deze aanbiedingen wordt in veel gevallen nu geen gebruikgemaakt, omdat er al afspraken zijn met verschillende leveranciers. Indien nodig kan en zal alsnog van de aanbiedingen gebruikgemaakt worden.

Vraag 7.

Kunt u in een tabel uiteenzetten: (1) hoeveel vaccins er op 28 januari 2021 op voorraad zijn, (2) uitgesplitst naar fabrikant hoeveel vaccins er de komende drie weken (tussen 28 januari en 18 februari) worden geleverd, (3) hoeveel vaccinaties er tussen 28 januari en 18 februari per dag gepland staan en (4) hoeveel afspraken hiervoor daadwerkelijk zijn ingepland en kunt u hierbij aangeven of dit een eerste of tweede prik betreft?

Antwoord vraag 7.

Op 28 januari waren er 485.670 doses vaccin van BioNTech/Pfizer, 200 van

Moderna en 0 van AstraZeneca (deze was immers nog niet goedgekeurd) op voorraad. Voor het BioNTech/Pfizer vaccin wordt in deze berekeningen uitgegaan van 6 doses per flacon en voor Moderna van 10 doses per flacon. Voor een overzicht van hoeveel vaccins per fabrikant de komende drie weken worden verwacht, verwijst ik u naar mijn Kamerbrief van 2 februari jl.

Hoeveel vaccinaties er tussen 28 januari en 18 februari per dag gepland staan is niet te zeggen. Immers: de vaccinaties worden op dit moment onder meer binnen de muren van honderden instellingen gezet, die allemaal hun eigen planning hebben. Het totale aantal gezette en nog te zetten vaccins in die periode kunt u afleiden uit figuur 2 van de Kamerbrief van 2 februari jl. Voor het aandeel BioNTech/Pfizer en Moderna betreft dit in alle gevallen al ingeplande vaccinaties. Voor het aandeel AstraZeneca niet, omdat we in afwachting waren van het advies van de GR en ontvangst van de leveringen van dit vaccin.

Voor de BioNTech/Pfizer-vaccins geldt dat het deels om eerste en deels om tweede vaccinaties gaat. Voor Moderna en AstraZeneca geldt dat het in alle gevallen in deze periode om eerste prikken gaat.

Vraag 8.

Kunt u op basis van de geplande afspraken voor vaccinatie komende weken ook een prognose geven wat komende weken de vaccinatiesnelheid (het aantal vaccinaties per dag) is? Kunt u dit uitsplitsen per uitvoerder (GGD, huisarts, instellingsarts, etc.)?

Vraag 9.

Bent u bereid de vaccinatiesnelheid (het aantal vaccinaties per dag) en de geprognosticeerde vaccinatiesnelheid voor aankomende weken te publiceren op het coronadashboard van de Rijksoverheid?

Antwoord op vragen 8 en 9.

Zie het antwoord op vraag 7 en mijn brief van 2 februari jl. voor een benadering van het aantal te verwachten vaccinaties.

Sinds 26 januari jl. is op het Coronadashboard de vaccinatie pagina toegevoegd. De data op dit dashboard wordt dagelijks geüpdatet, op basis van de data die bij ons bekend is. Momenteel wordt het totaal aantal gezette prikken per dag door het RIVM berekend op basis van de gerapporteerde cijfers door GGD-GHOR en LNAZ voor prikken gezet bij de GGD'en en in ziekenhuizen respectievelijk, en cijfers afgeleid uit de hoeveelheid bezorgde vaccins voor de instellingen in de langdurige zorg. Op het dashboard worden deze gegevens zowel als totaal als per type uitvoerende organisatie weergegeven.

In figuur 2 van mijn brief aan uw Kamer van 2 februari jl. heb ik het cumulatieve aantal geleverde (t/m week 4) en verwachte doses vaccins (BioNTech/Pfizer, Moderna en AstraZeneca), op basis van de laatste leveringsschema's uitgezet in de tijd en tegen de geplande vaccinaties. De komende weken groeit het aantal gezette

prikken steeds dichter toe naar het aantal geleverde vaccins. De snelheid van prikken groeit sneller dan de snelheid van levering.

Vraag 10.

Klopt het dat indien in week vijf in totaal 757.000 vaccins op voorraad zijn en er tot nu toe 185.356 vaccins zijn toegediend[2], er momenteel een voorraad is van ongeveer 385.000 vaccins ($757.000 - 2 * 185.356$) die niet gereserveerd zijn voor een tweede prik en dat deze (excl. spillage) aan circa 193.000 personen toegediend hadden kunnen zijn? Zo nee, wat is dan de huidige voorraad van vaccins die niet gereserveerd zijn voor een tweede prik? Zo ja, welke gezondheidswinst zou het hebben opgeleverd als deze vaccins reeds waren toegediend?

Antwoord vraag 10.

Het is niet juist dat in week vijf in totaal 757.000 vaccins op voorraad zijn. In week 5 bedroeg de beschikbare voorraad ongeveer 486.000. Maar deze verschilt per dag - afhankelijk van wat er per dag geleverd en uitgereden wordt.

Het aantal tweede vaccinaties is tot en met 31/1 nog relatief gering. Vanaf week 5 begint dit aantal op te lopen.

Vraag 11.

Kunt u het draaiboek aan de Kamer doen toekomen (dat gold ten tijde van de Kamerbrief van 20 januari jl.), waarin beschreven staat hoe de 7,6 miljoen vaccins in het eerste kwartaal zouden worden toegediend en waarin beschreven staat wat hierbij de snelheid van vaccineren was per week, per uitvoerder, aangezien er volgens de genoemde Kamerbrief indicatief 7,6 mln. vaccins werden verwacht in het eerste kwartaal van 2021?

Antwoord vraag 11.

In de vaccinatiestrategie wordt ingezet op meerdere uitvoeringspartijen die samen invulling geven aan de uitvoering van de vaccinaties in Nederland. Samen met en voor deze uitvoeringspartijen worden door het RIVM specifieke uitvoeringsafspraken gemaakt, worden verschillende op de uitvoering gerichte draaiboeken en instructies vormgegeven. Daarnaast zijn er algemene producten zoals de uitvoeringsrichtlijn(en), die voor alle uitvoeringspartners gedetailleerd beschrijven hoe de uitvoering eruit moet zien. Deze producten, die de vaccinatie-uitvoering richten en sturen, worden op de website van het RIVM gepubliceerd, maar daar waar het specifieke instructies betreft, juist ook via de betreffende koepels met de uitvoeringspartijen gedeeld. Voorbeelden daarvan zijn de Uitvoeringsrichtlijn COVID-19 vaccinatie, NHG-Praktijkhandleiding COVID-19-vaccinatie voor de huisartspraktijk, Werkinstructie voor vaccinatie in de instellingen, PvA COVID-19-vaccinatie voor ziekenhuizen, Handleiding inzet BRBA Registraties voor uw organisatie etc. Deze producten en ook de uitvoeringsafspraken worden, wanneer de situatie daar aanleiding toegeeft, gewijzigd; bijvoorbeeld als er nieuw vaccin toegelaten wordt, of als de vaccinatiestrategie en planning gewijzigd moet

worden. In de uitvoeringsoverleggen en afspraken met de uitvoeringspartijen wordt qua voorbereiding en capaciteit(-sopbouw) aangesloten bij de verwachte leveringen en de prioriteiten en planning uit de vaccinatiestrategie. Hierbij wordt ook gekeken op welke wijze gebruikmakend van de ervaringspraktijk en capaciteit – onder voorwaarden - net als bij de grieprik grote hoeveelheden vaccins in korte periode gezet kunnen worden. Met de uitvoeringspartijen kijken we steeds welke capaciteit op welk moment nu en in de toekomst nodig is om de vaccins maximaal weg te kunnen prikken.

Vraag 12.

Wordt er in de bestaande draaiboeken gestuurd op overcapaciteit in de uitvoering zodat de voorraad maximaal benut wordt, rekening houdend met de tweede prik, en dat in het ergste geval mensen voor hun eerste prik moeten worden afgezegd als leveringen tegenvallen? Zo nee, waarom niet en bent u van plan dit de komende weken wel te gaan doen? Zo ja, waarom blijft het vaccinatiepercentage in Nederland zo ver achter bij andere Europese landen, die naar rato dezelfde leveringen krijgen?

Antwoord vraag 12.

In mijn brief van 2 februari jl. heb ik beschreven welke maatregelen ik heb getroffen, in aanvulling op de reeds gecommuniceerde uitgangspunten uit mijn brief van 20 januari jl., om de voorraad maximaal te benutten en daarmee meer mensen sneller een vaccin te kunnen aanbieden. Ik heb in deze brieven toegelicht op welke wijze het voorraadbeheer, met een minimaal veilig niveau van veiligheidsvoorraad, ingericht zal worden, zodat snel meer mensen gevaccineerd kunnen worden, maar wel zodanig dat bij een tegenvallende levering de vaccinatie niet meteen vertraagd of belemmerd wordt. De snelheid van vaccinatie wordt bepaald door de snelheid van leveringen. De snelheid van prikken groeit de komende weken sneller dan de snelheid van levering, als gevolg van de maatregelen die ik in mijn brieven van 20 januari en 2 februari jl. heb aangekondigd. Ook bereiden we ons voor op de, naar verwachting, grotere leveringen in het tweede kwartaal. In de eerstvolgende Kamerbrief zal ik u weer informeren over de landelijke steunverzoeken.

Vraag 13.

Hoeveel kwetsbaren in de langdurige zorg overlijden er gemiddeld per week ten gevolge van COVID-19 en wat is bij deze groep de kans op overlijden ten gevolge van COVID-19?

Antwoord vraag 13.

Op basis van de beschikbare cijfers wordt geschat dat van week 10 van 2020 tot en met week 4 van 2021 gemiddeld ca. 150 bewoners van verpleeghuizen per week zijn overleden die positief waren getest op COVID-19. Dit blijkt uit de gegevens van het RIVM. In deze periode zijn 36.000 bewoners besmet geraakt en van hen zijn 7250 overledenen gemeld. Dat is 20% van het totaal aantal overledenen. De

daadwerkelijke kans op overlijden zal echter hoger zijn dan 20%, omdat bij een deel van de cliënten bij wie men een besmetting met COVID-19 vermoedt, dit met name in de eerste golf niet met een test is vastgesteld. In de locaties voor gehandicaptenzorg overleden van week 28 van 2020 tot en met week 4 van 2021 gemiddeld ongeveer drie bewoners per week aan COVID-19. Op het Coronadashboard zijn dagelijks nieuwe gegevens beschikbaar over het aantal positief geteste bewoners dat is overleden.

Vraag 14.

Wat is de geschatte gezondheidsschade voor kwetsbaren in de langdurige zorg gegeven het feit dat de mate van bescherming op ernstige ziekte ook al na één dosis van het BioNTech/Pfizer vaccin wordt geschat op 50 tot 60% (en 95% na tweede dosis) en dat van de 757.000 vaccins er momenteel slechts 17.000 zijn toegediend aan kwetsbaren in de langdurige zorg?

Antwoord vraag 14.

Vanwege de hoge ziektelast in deze groep vind ik het belangrijk dat alle kwetsbare mensen zo snel mogelijk een COVID-19 vaccin aangeboden krijgen. Ik baseer me hierbij ook op de adviezen van de Gezondheidsraad. Vaccinatie gaat in fases en is afhankelijk van de leveringen van de vaccins. Om zo snel mogelijk zo veel mogelijk kwetsbare mensen te beschermen tegen het coronavirus, heb ik naar aanleiding van het gezamenlijke advies van de Gezondheidsraad en het Outbreak Management Team, gekozen voor het verlengen van het prikinterval tussen de eerste en tweede vaccinatie met het BioNTech/Pfizer vaccin. Door de tweede vaccinatie uit te stellen en minder vaccins op voorraad te houden, kunnen meer mensen snel een eerste vaccinatie ontvangen. Na de eerste prik loopt de bescherming op (en in het geval van het BioNTech/Pfizer-vaccin is die meteen heel behoorlijk). In mijn brief van 5 februari jl. heb ik aangegeven dat het vaccin van BioNtech/Pfizer ook beschikbaar komt voor de bewoners van de genoemde kleinschalige woonvormen die onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. Op deze wijze kan het vaccinatietraject voor deze groepen met zeker drie weken worden versneld en kunnen alle bewoners van deze kleinschalige woonvormen eind februari de eerste vaccinatie hebben gehad.

Vraag 15.

Bent u het eens met de stelling dat het zo snel als mogelijk inhalen van de achterstand op het EU-gemiddelde kan bijdragen aan het voorkomen van sterfgevallen in de langdurige zorg? Zo ja, hoeveel sterfgevallen betreft dit? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 15.

Met het oog op de opkomst van verschillende, meer besmettelijke, varianten van het coronavirus, wil ik maximaal inzetten om de vaccinatieoperatie te versnellen

waar dat verantwoord kan. In mijn brieven van 20 januari jl. en 2 februari jl. heb ik toegelicht welke stappen ik heb gezet, onder andere in het voorraadbeheer en de planning om sneller meer mensen een eerste vaccinatie aan te bieden. Onderzoek wijst uit dat vanaf 60 jaar sterfte en ziekte aan COVID-19 sterk toenemen. Om die reden wil ik deze leeftijdsgroepen zo spoedig mogelijk vaccineren. In mijn brief van 5 februari jl. heb ik aangegeven dat de bewoners in de kleinschalige woonvormen die onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen sneller een eerste vaccinatie zullen ontvangen.

Vraag 16.

Wordt de mate van gezondheidsschade ook meegenomen in de planning voor de komende weken? Zo ja, hoe beïnvloedt dit de vaccinatiesnelheid en het maximaal benutten van de voorraad van vaccins?

Antwoord vraag 16.

De vaccinatiestrategie is gericht op het voorkomen van (ernstige) ziekte en sterfte. Door op basis van ziektelast te vaccineren wordt zoveel mogelijk gezondheidsschade voorkomen. De prioriteit bij het vaccineren ligt daarom bij mensen die het meest kwetsbaar zijn en zorgmedewerkers die voor hen zorgen.

Het doel van de vaccinatiestrategie is om in een zo kort mogelijk tijdsbestek, zo veel mogelijk mensen te beschermen tegen het virus. De snelheid van leveren bepaalt daarbij de snelheid van vaccineren. Ik zet alles op alles om te versnellen waar dat verantwoord kan. De komende weken wordt er meer geprikt dan dat er aan vaccins binnen komt; waarbij uiteraard wel een veilige buffer (voorraad) aangehouden wordt.

Vraag 17.

Wat is uw mening ten aanzien van de geschetste casus in het artikel 'Door 'versnippering' zijn verpleeghuizen weken of maanden bezig met vaccineren', dat in Huize Avondrood op de afdeling Zonnebloem de mensen die naast elkaar wonen op verschillende momenten en door verschillende uitvoerders worden gevaccineerd? [3]

Vraag 18.

Waarom is het niet mogelijk om, ten behoeve van de efficiëntie en de vaccinatiesnelheid, alle mensen te vaccineren die woonachtig zijn binnen hetzelfde verpleeghuis ondanks dat zij wellicht onder de verantwoordelijkheid vallen van verschillende artsen?

Antwoord op vragen 17 en 18.

In het artikel wordt gesteld dat in veel van de ongeveer 2500 Nederlandse

verpleeghuizen vijf rondes nodig kunnen zijn om alle bewoners een eerste prik te geven. Dit is onjuist. Bewoners in verpleeghuizen worden in twee rondes gevaccineerd. Bewoners die vallen onder de medische verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde zijn of worden door de specialist ouderengeneeskunde gevaccineerd. Bewoners die voor medische zorg onder de eigen huisarts vallen, zijn of worden gevaccineerd door de huisartsen vanuit de huisartsenpost. Ten slotte woont er een kleine groep mensen in verpleeghuizen die geen Wlz-indicatie heeft. Zij hebben doorgaans hun vertrouwde huisarts uit de tijd dat zij nog zelfstandig woonden. Door de verscheidenheid aan woonsituaties, is het in sommige situaties moeilijk een scheidslijn aan te houden welke cliënt onder welk deel van de vaccinatie-operatie valt. Dit heeft op sommige locaties voor onduidelijkheden en verwarring gezorgd. Ik heb daarom met de sector duidelijkere afspraken gemaakt over deze laatste groep. Zij kunnen tegelijkertijd met één van de andere twee groepen gevaccineerd worden. In een instelling waar de primaire verantwoordelijkheid ligt bij de specialist ouderengeneeskunde kunnen ook de bewoners die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts vallen gelijktijdig worden "meegeprikt" en dat gebeurt ook al geregeld. Dat geldt zeker ook voor de omgekeerde situatie waar huisartsen de primaire verantwoordelijkheid hebben en waarbij de uitvoering via de huisartsenposten gebeurt. In beide gevallen is ook mogelijk dat bewoners van (kleinschalige) verpleeghuizen die geen Wlz-indicatie hebben in dezelfde ronde als hun medebewoners met een Wlz-indicatie gevaccineerd kunnen worden. Dit heb ik in mijn brief van 2 februari jl. uiteengezet. Als een bewoner zonder Wlz-indicatie op basis van zijn of haar leeftijd al eerder opgeroepen wordt door het RIVM om door de GGD gevaccineerd te worden, kan deze vanzelfsprekend ook op die oproep ingaan.

Vraag 19.

Kunt u toelichten waarom u onder andere in uw brief van 12 januari jl.[4] aangeeft eerst kwetsbaren in de langdurige zorg en de verpleeghuizen te vaccineren maar er momenteel toch al gestart is met kwetsbaren van 90 jaar en ouder die mobiel genoeg zijn om een vaccinatie locatie van de GGD te bezoeken?

Antwoord vraag 19.

Zoals ik in mijn brief van 12 januari jl. toelicht, wil ik de meest kwetsbare groepen zo snel mogelijk een vaccin kunnen aanbieden.

Met het oog op de opkomst van verschillende, meer besmettelijke, varianten van het coronavirus, wil ik, mede op advies van de Gezondheidsraad, maximaal inzetten om de vaccinatieoperatie te versnellen waar dat verantwoord kan. In mijn brief van 20 januari jl. heb ik de volgende wijzigingen in de uitgangspunten aangegeven:

- Het verlengen van het interval tussen de eerste en tweede dosis van

- het BioNTech/Pfizer-vaccin van drie naar zes weken;
- Minder vaccins op voorraad houden. In plaats van 100% vaccins op voorraad te houden voor de tweede vaccinatie, rekenen we nu met een voorraad van ongeveer 50% voor het BioNTech/Pfizer-vaccin.
 - In de planning wordt uitgegaan van minder spillage. Door te rekenen met een percentage van 5%, in plaats van 10%, komen meer vaccins beschikbaar.
 - Om te komen tot juiste inschattingen van de benodigde vaccins is de vaccinatiegraad waarmee wordt gerekend aangepast. In plaats van 75% wordt dit 85%. Dat is goed nieuws, want dit betekent dat meer mensen zich laten vaccineren dan werd voorzien.

Door deze stappen te zetten in het voorraadbeheer en de planning kunnen we sneller meer mensen een eerste vaccinatie aanbieden. Dat gebeurt via verschillende uitvoerende partijen. Zo is gestart met het uitnodigen en vaccineren van de groep 90-plussers en wordt inmiddels ook de groep 85-plussers uitgenodigd voor een vaccinatie bij de GGD. Op 5 februari zijn ook de eerste uitnodigingen verstuurd voor de groep 80-plussers. Ik vind het onwenselijk om te wachten met deze groepen totdat het vaccineren in de instellingen is afgerond. In mijn brief van 5 februari jl. heb ik gemeld dat medio februari ook gestart zal worden met de vaccinatie van 60 tot en met 64 jarigen.

Vraag 20.

Indien het antwoord op de vorige vraag met name te maken heeft met de logistieke uitdagingen van het BioNTech/Pfizer vaccin, kunt u toelichten waarom Duitsland in staat is geweest reeds 663.171 verpleeghuisbewoners te vaccineren?[5]

Antwoord vraag 20.

Gezien het antwoord bij vraag 19, acht ik deze vraag als niet van toepassing.

Vraag 21.

Kunt u deze vragen ieder afzonderlijk en alvorens het eerstvolgende plenaire debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus beantwoorden?

Antwoord vraag 21.

Het is helaas niet gelukt deze vragen voor het debat van 4 februari te beantwoorden

[1] Our World in Data, d.d. 27 januari 2021, (<https://ourworldindata.org/>).

[2] Rijksoverheid, d.d. 27 januari 2021, 'Dashboard coronavirus - COVID-19-vaccinatie' (<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/vaccinaties>).

[3] NOS, 26 januari 2021, 'Door 'versnippering' zijn verpleeghuizen weken of maanden bezig met vaccineren' (<https://nos.nl/artikel/2366085-door-versnippering-zijn-verpleeghuizen-weken-of-maanden-bezig-met-vaccineren.html>).

[4] Kamerstuk 25295, nr. 874.

[5] Impfdashboard, d.d. 27 januari 2021 'Aktueller Impfstatus' (<https://impfdashboard.de/>).