

To: [5.1.2e] ([5.1.2e]@minvws.nl)
From: [5.1.2e]
Sent: Fri 2/11/2022 2:38:41 PM
Subject: RE: Concept onderbouwing 1G
Received: Fri 2/11/2022 2:38:42 PM

Dank, dit maakt het zeker scherper.

Punt op welke vraag antwoord wordt gegeven, worstel ik nog wel mee. Welke vraag willen we beantwoorden in de stavaza brief? Waarom is 1G effectief en zetten we het nu in? Of ook, waarom is 3G niet meer voldoende?

Van: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 11 februari 2022 15:31
Aan: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Concept onderbouwing 1G
Urgentie: Hoog

Hmm

Toch nog ff oefenen hoor. Het licht er helemaal aan op welke vraag je nu antwoord aan het geven bent:

Waardoor wordt de risicoreductie door voor zelf bepaald:

- Testeffectiviteit (en niet meer dan dat, want je vergelijkt met geen ctb en de immuniteit van de populatie is bij 1G in de basis hetzelfde als bij geen ctb)

Waarom is 1G effectiever dan 3G

- Iedereen wordt getest, dus de kans dat iemand besmet binnenkomt wordt alleen bepaald door testeffectiviteit, bij 3G voor een deel testeffectiviteit maar ook voor een deel door kans dat geïmmuniseerde toch (asymptotisch) besmettelijk zijn

Is testen daarom altijd beter?

- Nee, beste qua risico reductie is geïmmuniseerd en getest.

Is vaccin / herstel daarom niet meer te vergelijken met testen (basis 3G)

- Nog wel qua beschermingsniveau in onderscheiden groepen
- Maar testen en vaccineren /herstel levert meer risico reductie op.

Waarom is totaal 1G effect groter dan effect voor groep getesten binnen 3G?

- Populatie verschil. Groep getesten 3G is per definitie niet immuun. Groot deel van groep geteste bij 1G is wel immuun, dus kleinere kans op overdracht en daarna ziek worden

Dat is wat ik zou zeggen. IN jouw stukje lijken de verschillende dingen wat door elkaar te lopen. Dus ik zou mn de vraagstellingen verscherpen

Hgr

[5.1.2e]

Van: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 11 februari 2022 12:31
Aan: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Concept onderbouwing 1G

Twee toevoegingen in rood, en antwoord op je vragen ingevoegd. Heb jij verder nog aanvullingen op deze onderbouwing, en ben je het eens met deze richting? Dan kan ik verder afstemmen met de juristen. Hiermee blijf je in ieder geval weg van de discussie over transmissieremming bij de verschillende 3G bewijzen, maar uitleg wordt wel een beetje technisch.

Van: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 11 februari 2022 11:02
Aan: [5.1.2e] <[5.1.2e]@minvws.nl>

Onderwerp: RE: Concept onderbouwing 1G

Ha

Denk dat je een effect vergeet: nl; itt tot bij 3g waar gevaccineerde en herstelde mensen niet getest worden en dus met infectie naar binnen kunnen, worden zij nu ook getest. Voor hen geldt dus 1)+ 2).

Voor iedereen geldt 1+2, ook voor mensen zonder langdurig toegangsbewijs (maar met oud-vaccin, eerdere (on)opgemerkte infectie, etc.). 2 wordt alleen groter bij de 1G populatie, waardoor 1+2 gemiddeld effectiever wordt.

Hoewel door testeffectiviteit niet 100% uitsluiten van besmette personen, is –zeker bij grote groepen bij elkaar – het aantal mensen dat bij hoge prevalentie binnen is en besmet kan zijn veel kleiner dan bij 3G.

Met je zin: stabiel tov 3G bedoel je neem ik aan stabiel tov getesten binnen 3G?

Zie toevoeging in rood.

Hgr

5.1.2e

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: vrijdag 11 februari 2022 10:50

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: Concept onderbouwing 1G

Dag 5.1.2e

Onderstaand een opzet voor de onderbouwing 1G. Dit kan als basis dienen voor zowel de mvt als de Kamerbrief. Wat vind jij van deze lijn? Dan kan ik dit verder uitwerken. Juridisch gaat het volgens mij over individuele transmissieremming, dus dit moet daarna ook verder worden afgestemd met Komal e.a.

De risicoreductie van een testbewijs wordt bepaald door twee voorname factoren:

- 1) *De testeffectiviteit. De testeffectiviteit wordt bepaald door de testsensitiviteit, de geldigheidsduur van de test en de besmettelijkheid van positieve mensen die niet door de test worden opgepikt.*
- 2) *De immuniteit van de geteste populatie. Mensen die zijn gevaccineerd en/of geïnfecteerd, bouwen immuniteit op. Daardoor is de kans kleiner dat zij zelf besmet worden, en neemt de kans op transmissie na besmetting af.*

De testeffectiviteit bij 1G is stabiel ten opzichte van 3G de testeffectiviteit bij getesten met 3G. De immuniteit van de geteste populatie is echter hoger bij 1G ten opzichte van 3G. Daardoor neemt de gemiddelde risicoreductie van testbewijzen toe bij 1G. De groep die voor toegang getest moet worden bij 3G, bestaat alleen uit mensen zonder langdurig toegangsbewijs: 'naïeve' mensen, mensen met een doorgemaakte infectie van meer dan 180 dagen oud of mensen die de primaire vaccinatierreeks meer dan 270 dagen geleden hebben doorlopen. Bij 1G bestaat die populatie uit dezelfde mensen, aangevuld met de groep mensen die recent de primaire vaccincyclus heeft doorlopen, mensen die zijn geboost en mensen die recent een infectie hebben doorgemaakt.

Doordat de optelsom van risicoreductie door de testeffectiviteit en risicoreductie door de opgebouwde immuniteit in de populatie groter wordt, is de kans op besmetting bij 1G kleiner dan bij 3G.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Programmadirectie COVID-19

+31 6 5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & Sport

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag