



Ministerie van Financiën

TER ADVISERING

Aan

de secretaris-generaal

Directie Algemene
Financiële en Economische
Politiek

Inlichtingen

5.1.2e

T 5.1.2e

5.1.2e@minfin.nl

www.minfin.nl

Datum

14 januari 2021

Notitienummer

2021-0000007640

Auteur

5.1.2e

notitie

Oplegger ACC 14-1 vaccinatiestrategie

Kern

- Opschaling van prikcapaciteit is van niet te onderschatten maatschappelijk belang. U kunt aangeven dat op basis van bierviltjesberekeningen er grote zorgen bestaan over de verhouding tussen de te verwachten prikcapaciteit en de verwachte leveringen van vaccins. Overcapaciteit is van groot belang om snel onverwachte leveringen uit te kunnen rollen. Naar verwachting moeten in het tweede kwartaal ruim een miljoen prikken per week gezet kunnen worden, op basis van de verwachte leveringen. SGEZK en SGSZW steunen u in deze zorgen.
- U kunt vragen om een overzicht van de (verwachte) leveringen en de (verwachte) prikcapaciteit per week, waarbij duidelijk wordt hoe deze prikcapaciteit wordt gerealiseerd via GGD'en huisartsen en andere partijen (bv. ziekenhuizen). Het RIVM heeft inmiddels toegezegd het aantal gezette prikken op te nemen op het coronadashboard. Dit geldt vooralsnog niet voor het aantal verwachte leveringen.
- De huidige vaccinatiestrategie geeft geen nadere prioritering voor de leeftijdsgroep 18-60. In bijgevoegde notitie geven wij een prioritering op basis van leeftijd én beroepsgroepen.
 - Prioritering van de leeftijdsgroepen 50-60 en 40-50 heeft het grootste effect op het verminderen van de druk op de zorg.
 - Als er daadwerkelijk een hoge prikcapaciteit wordt gerealiseerd zal differentiatie tussen beroepsgroepen minder noodzakelijk zijn. Als de groep 40-60-jarigen gevaccineerd is, resteren nog 2,3 miljoen mensen. Bij een prikcapaciteit van ruim 1 miljoen per week zal dit circa twee weken duren en is er dus minder noodzaak tot voorrang voor beroepsgroepen. Dit onderstreept het belang van maximale prikcapaciteit.
- Uitrol van vaccinatie (onder kwetsbaren) leidt tot een lagere R en faciliteert daarmee afshaling van maatregelen. De doelstelling van de coronastrategie bepaalt in welke mate afshalen van maatregelen mogelijk. Sturen op IC-capaciteit geeft de meeste ruimte voor het afshalen van maatregelen maar leidt wel tot een toename van het aantal besmettingen. U kunt aangeven dat frequente (opwaartse) herijking van de signaalwaarde *aantal besmettingen* naargelang de vaccinatiegraad stijgt een logisch

gevolg is van dalende druk op de zorg. Hiermee daalt ook de noodzaak om beperkende maatregelen aan te houden

Toelichting

Prikcapaciteit

- Snelle opschaling van de prikcapaciteit is van niet te onderschatten maatschappelijke belang. Brede uitrol van het vaccin is de sleutel tot afschalen beperkende maatregelen (zie onder).
- Er bestaan binnen Financiën twijfels over (het plan van opschaling van) de prikcapaciteit. Uit de Kamerbrief van 4 januari blijkt dat er op 18 januari maximaal 66.000 zorgmedewerkers gevaccineerd kunnen worden door de GGD. Gegeven een levering van 8,2 mln vaccins in Q1 is dat schrikbarend weinig. Benodigde prikcapaciteit in Q1 is 8.2 mln / 13 weken = 630.769 per week. Voor kwartaal 2 is dit 15.7 mln / 13 weken = 1.207.692 per week.
- Uit beantwoording van MINVWS in de kamer blijkt dat toegewerkt wordt naar een maximale capaciteit van 1 mln prikken per week. Dat is op basis van bovenstaande berekeningen onvoldoende. Onbekend is wanneer en hoe de GGD en de huisartsen dit willen gaan bereiken.

Dec-2020	Q1-2021	Q2-2021	Q3-2021	Q4-2021	Q1-2022
0,165	8,2	15,7	21,2	14,25	2,2

Bron: Kamerbrief VWS 4 januari 2021

- Een deel van deze prikken zal gezet worden door huisartsen welke niet in bovenstaande capaciteit van 66.000 zijn opgenomen. De maximum capaciteit (op termijn) voor de GGD'en wordt op 500.000 tot 1 mln per week geraamd.¹ Onbekend is wanneer en hoe de GGD dit wil gaan bereiken. Gegeven de onbekende capaciteit van huisartsen geeft dit niet de benodigde zekerheid dat de capaciteit te allen tijde volstaat.
- U kunt, indien dat overzicht onvoldoende prikcapaciteit levert, vragen naar creatieve ideeën om de prikcapaciteit snel verder te verhogen (denk aan: brede inzet ziekenhuizen, defensiepersoneel en apothekers, uitbreiden prikslots naar avonduren, snelcursus prikkers, gebruik van leegstaande locaties, expertise van evenementenbouwers, etc.). Gelet op het grote maatschappelijke belang van vaccineren moeten we denken in alle kansen en mogelijkheden die er zijn om snelle en veilige vaccinatie mogelijk te maken.
- Over(prik)capaciteit is van groot belang om onverwachte leveringen snel uit te kunnen rollen. Dit voorkomt dat vaccins 'op de plank' blijven liggen. Bovendien moeten mensen twee keer een prik krijgen, alvorens geheel beschermd te zijn. Het is ook belangrijk dat de tweede prik tijdig gezet kan worden.

U kunt vragen om een overzicht van de (verwachte) leveringen en de (verwachte) prikcapaciteit per week door GGD'en, huisartsen en andere partijen (ziekenhuizen, instellingsartsen). Het RIVM heeft inmiddels toegezegd het aantal gezette prikken op te nemen op het coronadashboard. Dit geldt vooralsnog niet voor het aantal verwachte leveringen.²

- Op dit moment liggen er geleverde vaccins op de plank te wachten totdat deze kunnen worden toegediend in verpleeghuizen. Uit de beantwoording

¹ [Tevreden GGD-top: 'In april en mei gaan we echt los' | Het Parool](#)

² Volkskrant, 19-1-2021, "Vaccinatiecampagne gaat nieuwe fase in, cijfers nog niet openbaar."

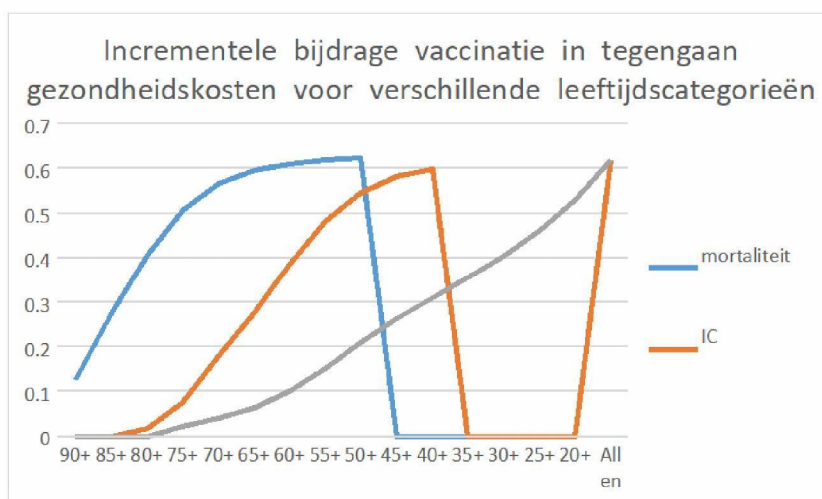
van MINVWS blijkt dat verpleeghuizen naar alle waarschijnlijkheid pas starten met vaccineren vanaf begin februari. U kunt vragen of deze vaccins niet subiet kunnen worden ingezet en de verpleeghuizen te laten putten uit latere leveringen. Als dat niet zo is, kunt u er wel op aandringen dit in de toekomst niet meer te laten gebeuren en meer wendbaarheid toe te passen. Elke week extra is er een en hiermee gaat kostbare tijd verloren.

Vaccinatie en groepsimmunitet

- De impact van vaccinatie bestaat uit de som van een direct en een indirect effect. Het directe effect is minder (ernstige) ziekte (90% voor het Pfizer vaccin). Het indirecte effect is verminderde verspreiding van het virus. In hoeverre het vaccin ook verspreiding tegengaat is vooralsnog onbekend. Vasthouden aan de basisregels is daarmee vooralsnog noodzakelijk.
- Voor het behalen van groepsimmunitet is het product van de vaccinatiegraad en het indirecte effect leidend. In het geval dat 70% van de bevolking is gevaccineerd en het vaccin 60% van de verspreiding tegengaat dan komt het product uit op 42%. Dit is onvoldoende voor groepsimmunitet. Groepsimmunitet hangt dus in belangrijke mate af van het indirecte effect. Daarnaast speelt het al dan niet voorkomen van herbesmettingen een rol.

Vaccinatie en ongewenste gezondheidsuitkomsten

- Vaccinatie drukt mortaliteit, aantal overleefde IC-opnames en het aantal besmettingen.³ Onderstaande figuur toont dat er grote verschillen bestaan in de effectiviteit van vaccinatie in het tegengaan van deze ongewenste gezondheidskosten voor verschillende leeftijdsgroepen. Vaccinatie van alle 90-plussers leidt bijvoorbeeld tot 10 procent verminderde mortaliteit, maar heeft een verwaarloosbaar effect op het aantal overleefde IC-opnames en het aantal positieve tests. Vaccinatie van de groep tussen 50 en 75 heeft de grootste impact op het aantal IC-opnames. Aannee voor deze scenario's is een vaccinatiegraad van 70% en een effectiviteit in het tegengaan van alle neveneffecten van het virus van 90%, inclusief transmissie. Het product van deze twee (63%) is de totale afname van de prevalentie van het virus in dat geval.



³ Het RIVM rekent niet met het totale aantal IC-opnames vanwege overlap met mortaliteit.

Vaccinatie en afschalen maatregelen

- Doelstelling van het gevoerde coronabeleid is het maximaliseren van het maatschappelijk nut. Dit betreft een weging tussen de baten en kosten die voortvloeien uit maatschappelijke, economische en gezondheidsoverwegingen. Maatschappelijke problematiek zoals psychische stress, eenzaamheid en verwaarlozing kinderen blijven veelal onderbelicht in de discussie.
- Uitrol van vaccinatie (onder kwetsbaren) leidt, *ceteris paribus*, tot een lagere R en faciliteert daarmee afschaling van maatregelen. De doelstelling van de coronastrategie bepaalt in welke mate afschalen van maatregelen mogelijk.
- Sturen op IC-capaciteit geeft de meeste ruimte voor het afschalen van maatregelen maar leidt wel tot een toename van het aantal besmettingen naarmate de uitrol van vaccinatie vordert. Immers, het aantal besmettingen per IC-opnames kan dan gaan stijgen. Sturen op de huidige signaalwaarde van het aantal besmettingen geeft ook ruimte tot afschalen maar in mindere mate.
- Frequente (opwaartse) herijking van de signaalwaarde *aantal besmettingen* (naargelang de vaccinatiegraad stijgt) lijkt een logisch gevolg van de dalende druk op de zorg. Hiermee daalt ook de noodzaak om beperkende maatregelen aan te houden.
- Een stijgend aantal besmettingen (en een $R > 1$) heeft een aantal neveneffecten:
 - 10% van de gevaccineerde kwetsbaren zal naar verwachting nog steeds (ernstig) ziek worden na besmetting. Als het aantal besmettingen stijgt wordt het voor de kwetsbare *individu* dus steeds gevaarlijker om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. Flankerend beleid, inclusief venstertijden voor kwetsbaren en informatiecampagnes, kan een uitkomst beiden. Voor de kwetsbaren *als groep* is er waarschijnlijk echter sprake van verminderde morbiditeit en opnames op de IC.
 - Als we uitgaan van een vaccinatiegraad van 70% onder kwetsbaren loopt 30% van deze groep een steeds groter gevaar, zowel als *individu* en als *groep*. Of en in hoeverre we rekening dienen te houden met vaccinatie-weigeraars in het vaststellen van de geldende maatregelen behoeft politieke weging.

Doelstelling: mortaliteit en/of ic-opnames:

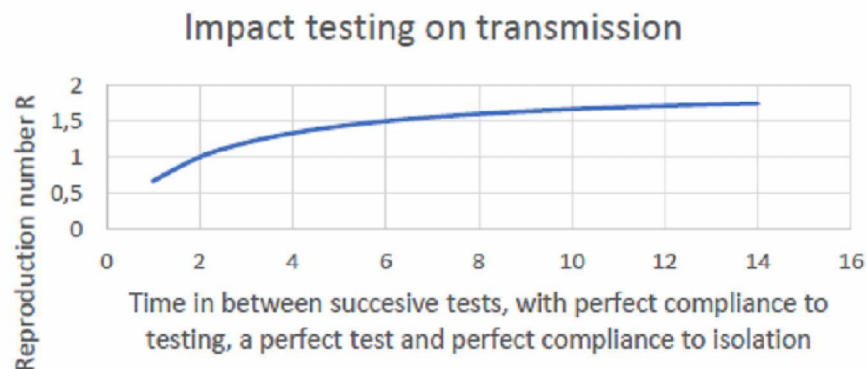
- De doelstellingen van mortaliteit en ic-opnames geven de meeste ruimte tot afschalen van maatregelen. \ van kwetsbaren leidt immers tot een forse afname van mortaliteit en ic-opnames waarmee de noodzaak \ maatregelen afneemt.
- Let wel dat de afname van het aantal besmettingen na vaccinatie van de kwetsbaren vele malen geringer i vaccinatie 50-plussers). Het gevolg van het loslaten van maatregelen is een sterke toename van het aantal besmettingen.
- Rekenvoorbeeld: uitgaande van vaccinatie van 50% van de kwetsbaren en afname van het aantal IC-opnar procent geeft dit ruimte voor twee keer zoveel besmettingen. Voor niet gevaccineerde kwetsbaren resulte een twee keer zo grote kans op besmetting. Het risico is een tweedeling in de samenleving.

Doelstelling: aantal besmettingen

- Deze doelstelling geeft meer beperkt ruimte om maatregelen los te laten na vaccinatie ouderen

Testen en afschalen maatregelen

- Testen en BCO draagt bij aan de bestrijding van het virus doordat de tijd afneemt dat een besmet persoon anderen kan besmetten. Daarnaast draagt testen en BCO bij aan ons beeld op de verspreiding van het virus.
- Het RIVM becijferd dat uitgaande van een perfecte test, naleving van quarantaine na positieve test en volledige testbereidheid bij klachten, een tweedagelijkse test leidt tot een halvering van de R. Bij meer realistische parameters is de bijdrage van testen aan een lagere R zeer beperkt. Eenzelfde argument geldt voor BCO.



Bron: RIVM