

5

Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV (35401)**.

De voorzitter:

Aan de orde is de behandeling van het wetsvoorstel 35401, Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV.

De beraadslaging wordt geopend.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan mevrouw Faber-Van de Klashorst namens de PVV.



Mevrouw Faber-van de Klashorst (PVV):

Dank u, voorzitter. Laat ik beginnen met het welkom heten van de minister en laten we uitgaan van een mooi debat vandaag.

Voorzitter. COVID-19 heeft tijdelijk voor verhoogde sterfte gezorgd bij met name ouderen met onderliggend lijden. De mate van oversterfte is per land zeer verschillend en is sterk afhankelijk van factoren zoals het seizoen, sterfte in voorgaande jaren, regio, leeftijdsopbouw van de bevolking, kruisimmunitet als gevolg van eerdere coronavirussen en de algehele metabole gezondheid van de bevolking. Dan doel ik bijvoorbeeld op obesitas, diabetes, vitamine D-deficiënties et cetera. Ondanks de tijdelijk verhoogde sterfte is de mortaliteit van COVID-19 in vergelijking met infectieziekten in groep A laag. Er gaan verschillende waarden rond, maar laat ik uitgaan van wat de minister heeft aangegeven. Hij geeft aan dat de berekende mortaliteit van COVID-19 in Nederland 0,9% is. Vermoedelijk ligt dit veel lager, want je hoort getallen van 0,15% en 0,23%, maar laten we de minister het voordeel van de twijfel geven. Ter vergelijking met enkele infectieziekten A: de mortaliteit van buiktyfus is 10% tot 25%, van ebola 50%, van de pest en de hondsdolheid 100%. Waarom zou COVID-19 met een dergelijke lage mortaliteit aangemerkt moeten worden als een infectieziekte A? Andere infectieziekten A komen slechts sporadisch voor en hebben een zeer hoge mortaliteit. Infectieziekten A moeten dan ook door de behandelend arts telefonisch gemeld worden bij de GGD. COVID-19 heeft inmiddels een extreem lage mortaliteit en een extreem hoge frequentie van voorkomen. Dat betekent dat het hele melden een gigantische, niet te behappen bureaucratie gaat veroorzaken. Dat geld kunnen wij beter besteden aan een goede zorg.

Voorzitter. Het is niet duidelijk waarom de minister, nadat dit wetsvoorstel al twee jaar op de plank heeft liggen verstoffen, nu ineens met spoed COVID-19 wil indelen in de groep van infectieziekten A. Dat is nog verwonderlijker na

afgelopen woensdag, toen de minister in de Tweede Kamer aangaf dat de Eerste Kamer de A-status helemaal niet hoeft goed te keuren. Op de vraag waarom het dan überhaupt naar de Eerste Kamer gaat, als dat toch niet hoeft, kon de minister op dat moment geen antwoord geven. Maar wie heeft dan dit wetsvoorstel met spoed op de agenda van de senaat laten plaatsen? Waarom behandelen wij dit wetsvoorstel hier überhaupt en waarom trekt de minister het niet gewoon in als het overbodig is? Waarom wil de minister ineens met stoom en kokend water zichzelf een gereedschapskist met verregaande bevoegdheden toe-eigenen om een COVID-19-epidemie of een directe dreiging daarvan te bestrijden? Graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Deze bevoegdheden betreffen niet alleen maatregelen die zijn gericht op gebouwen, goederen, vervoersmiddelen, havens en luchthavens, maar betreffen ook verregaande maatregelen die opgelegd kunnen worden aan burgers. U moet dan bijvoorbeeld denken aan isolatie, medisch onderzoek, quarantaine, een beroepsverbod. En dit kan dus ook enkel bij een directe dreiging van een epidemie, maar wat is "een directe dreiging"? Worden daar indicatoren voor vastgesteld of zijn die er al? Wanneer is er sprake van een epidemie? Onder welke voorwaarden is er sprake van een epidemie? En wie of welke organisatie is leidend voor dit kabinet om dat te bepalen? Graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Aan het begin van de coronacrisis werd een doel gesteld, maar als je het doel telkens wijzigt, ga je het nooit halen. Het afschalen van het aantal ziekenhuisbedden en de vele ontslagen in de zorg zijn ons duur komen te staan. Er is een capaciteitsgebrek, met dank aan de kabinetten-Rutte. Een capaciteitsprobleem of een potentieel capaciteitsprobleem voor ziekenhuizen en huisartsen kan leiden tot een meldingsplicht aan de GGD. Een meldingsplicht is een van de voorwaarden voor de indeling in de groep infectieziekten A. Daarbovenop kunnen grote capaciteitsproblemen landelijke regie voor de minister van VWS wenselijk maken. Zo kan je op papier een infectieziekte behorende tot groep A creëren, gepaard gaande met verregaande bevoegdheden voor de minister. Het was logisch dat in eerste instantie de druk van de ziekenhuizen af moest. Het eerste doel was dat het aantal ic-patiënten met corona naar beneden moest. Daarna werd het doel bijgesteld en moest het aantal ziekenhuisopnames met corona omlaag. Toen deze ziekenhuisopnames drastisch waren verlaagd, verschoof het doel naar het verminderen van het aantal besmettingen. Natuurlijk waren er ernstig zieke patiënten. Natuurlijk waren er patiënten die overleden. Dat heeft héél veel leed en héél veel verdriet veroorzaakt. Maar moeten wij ons niet afvragen of al deze patiënten werden opgenomen vanwege corona of met corona? En zijn de overleden patiënten gestorven met corona of door corona? Recent kwam boven water dat COVID-19 bij 25% van de ziekenhuisopnames niet de primaire oorzaak was van de opname. Deze patiënten werden bij opname positief getest en werden als coronapatiënt meegeteld.

Voorzitter. Bij de PCR-test, beschreven in het protocol van januari 2020, wordt uitgegaan van een aantal vermeerdereingscycli van 45, maar wordt er niet aangegeven bij welk aantal cycli de test moet worden uitgelezen. Dat is juist relevant. Je ziet namelijk dat je al vanaf een aantal van 35 cycli geen infectieus virus meer kunt detecteren. Het RIVM hanteerde eerst 30 cycli als uitgangspunt, maar veranderde tijdens het spel de regels, door het aantal cycli te verhogen

naar 35. Daarbij kun je voor 97% van de gevallen bijna geen infectieus virus meer detecteren.

Maar wordt het aantal cycli van 35 in de praktijk ook gebruikt? Het lijkt erop dat het ministerie van VWS het nog bonter maakt. In een besluit op een Wob-verzoek van het ministerie is het volgende te lezen. "Het optimale aantal vermeederingscycli ligt voor het overgrote aantal testen tussen de 40 en 45 cycli. Indien na dit aantal cycli van 40 tot 45 geen signaal is waargenomen, dan wordt de uitslag als negatief bepaald." Op die manier krijg je het aantal positieve uitslagen wel opgekrikt. Ook wordt in dit schrijven aangegeven dat het RIVM géén informatie krijgt over de Ct-waarde. De Ct-waarde geeft het aantal cycli aan dat nodig is voordat het eerste signaal van het virus aangetoond wordt door het PCR-apparaat. Ook de minister lijkt hoorndol te zijn gedraaid en geeft in de memorie van antwoord aan geen inzicht te hebben in de vermeederingscycli. Het wordt hoog tijd dat bij de testuitslag de Ct-waarde wordt meegegeven en openbaar wordt gemaakt of dat ten minste aangegeven wordt bij welke cyclus de test is uitgelezen. Is de minister het eens met deze stelling?

Voorzitter. Op basis van het aantal besmettingen zijn verre-gaande maatregelen getroffen. Maar juist de wijze waarop het aantal besmettingen wordt bepaald, is discutabel. De testen worden uitgevoerd door meerdere laboratoria. Er wordt niet gewerkt met een SOP, een standard operating procedure, maar alle testresultaten worden wel op één hoop gegooid. Voor alle duidelijkheid: er zijn meerdere testfactoren dan alleen het aantal cycli. Je kan het ook hebben over primers en over het aantal genen waar je op test. En dan is er ook nog ten minste één OMT-lid dat een financieel belang heeft in het aantal PCR-testen.

Voorzitter. Om de boog gespannen te houden werd in de zomer van 2020, toen bijna niemand meer in het ziekenhuis lag met COVID-19, de bepaling van het reproductiegetal, het R-getal, gewijzigd. Met dit getal wordt het gemiddeld aantal mensen dat door één persoon besmet wordt, aangegeven. Dit werd niet langer meer bepaald door het aantal ziekenhuisopnames, maar door het aantal besmettingen. Juist in die periode was het testen sterk in opmars. Ook mensen zonder klachten werden onderworpen aan een test, terwijl bij het ministerie en het OMT bekend was dat testen alleen zin heeft bij klachten. Een OMT-lid schreef aan het ministerie dat asymptomatisch niet bestaat. Je vindt eigenlijk altijd wel wat in je neus. Als je dit combineert met het opschroeven van de vermeederingscycli van de PCR-test en het niet-eenduidig testen, ontstaat een zweem van valsspelen.

Ondertussen heeft het aantal besmettingen gebaseerd op het aantal positieve testen enorme gevolgen voor de maatschappij gehad en dat is nog steeds zo. Ouderen in verpleeghuizen kwijnen eenzaam weg, schoolklassen werden naar huis gestuurd en de horeca en de niet-essentiële winkels moesten hun nering sluiten. We werden 's avonds opgesloten in ons huis en er kwam vaccinatiedrang. Het gaat zo ver dat burgers zelfs worden beperkt in hun grondrechten. Maar was dat altijd op basis van democratische legitimatie? Een ambtenaar schreef in een mail dat de noodverordeningen democratische legitimatie missen en een wankel basis zijn voor grondrechtenbeperkingen, maar dat zeggen we niet. Om gedragsveranderingen te forceren gaf een ambtenaar de suggestie de worst voor te houden dat er in de toekomst minder vrijheidsbeperkingen zouden

zijn. Dat is een uitermate schokkende onthulling. De minister was hiervan op de hoogte. Uit dit laatste kun je concluderen dat het erop lijkt dat wij met valse beloften een situatie in worden gerommeld.

Voorzitter. Het kabinet heeft altijd aangegeven dat het OMT onafhankelijk is, maar is dat wel zo? Het RIVM, dat onder het ministerie valt en het OMT voorziet, heeft testsuggesties van het ministerie overgenomen en op laten nemen in de OMT-adviezen. Betrokken OMT-leden blijken daarbij niet te zijn geraadpleegd, maar op basis van deze zogenaamd onafhankelijke OMT-adviezen werden wel verstrekkende maatregelen uitgerold. Het kabinet speelde de vermoorde onschuld door ermee te schermen dat deze maatregelen waren genomen op basis van onafhankelijk OMT-advies, dat in feite een door het kabinet goedgekeurd en gemanipuleerd advies was. Kortom, het kabinet creëerde een zogenaamd onafhankelijk rapport dat voldeed aan haar eigen politieke wensen en gebruikte dat advies om argeloze burgers te overtuigen. Hoe vals wil je het hebben? Dit schimmige spel sluit aan bij de uitspraak van Diederik Gommers, lid van het OMT. Hij zei: "Het OMT, en die vergaderingen, en die adviesbrief, dat is prima. Maar waar ik moeite mee heb is dat het demissionair kabinet soms uitingen doet als zijnde van het OMT, ook in het nieuws, alsof wij dat hebben gezegd. En dat is niet zo, en dat kan je dan niet corrigeren".

Voorzitter. Met goedkeuring van dit wetsvoorstel krijgt niet alleen de minister van VWS de leiding over de bestrijding in het geval van een epidemie of een directe dreiging daarvan, maar dient de voorzitter van de veiligheidsregio zorg te dragen voor de bestrijding. Deze laatstgenoemde functie wordt momenteel bekleed door de paternalistische burgemeester Bruls, die naar eigen zeggen maar al te graag burgers wil opvoeden. De discussie over de juridische grondslag van de coronaboetes vindt hij helemaal niet interessant. Het draait om het doel: voorkomen dat mensen samenkomen in coronatijd. En daar hebben die boetes bij geholpen, zo verkondigde Bruls aan de krant. Tijdens een technische coronabriefing in de Tweede Kamer gaf hij ten aanzien van mensen die niet mee willen werken aan: "na de zachte arm van papa Bruls komt de harde arm van papa Bruls. Zo zit het leven in elkaar." Het lijkt Kim Jong-un wel, alsof we hier in Noord-Korea zitten.

Kortom, na het eigen wanbeleid gaan we de minister toch niet belonen met nog meer bevoegdheden en gaan we ons toch niet uitleveren aan types zoals papa Bruls?

Voorzitter. Ik kan niet anders concluderen dan dat het één groot schimmenspel is, dat van liegen en bedriegen aan elkaar hangt. Het ondoorzichtige, zwalkende coronabeleid waar we de afgelopen twee jaar pijnlijk mee geconfronteerd zijn, voedt het wantrouwen en de terughoudendheid bij het toekennen van verre-gaande bevoegdheden. Eenmaal afgestane bevoegdheden krijg je niet zomaar terug.

De heer **Janssen** (SP):

Even over een opmerking die mevrouw Faber-van de Klashorst maakte. Ik herinner mij dat zij een aantal weken geleden een collega in deze Kamer aansprak die haar mevrouw Van de Klashorst noemde in plaats van mevrouw Faber-van de Klashorst. Dat is prima; dat is een soort hoffelijkheid die zij van iedereen kan vragen en dat is ook her-steld. Maar deze collega noemde haar niet "mama Klas-

horst" of "vrouwetje Klashorst" of anderszins. Ik vind het dus niet passen om over mensen die hier niet zijn en die zich niet kunnen verdedigen, uitingen te doen als "papa Bruls". Ik vind dat niet passen bij deze Kamer. Dat wil ik wel gezegd hebben, want ik denk dat zij de hoffelijkheid die zij voor zichzelf vraagt, ook op anderen van toepassing zou moeten verklaren.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Janssen. En ik sluit me daar graag bij aan, mevrouw Faber. Het is niet gebruikelijk dat wij mensen die hier niet zijn op die manier kwalificeren en beledigen. U krijgt het woord. Gaat uw gang.

Mevrouw Faber-van de Klashorst (PVV):

Ik moet zeggen dat ik het wel heel grappig vind ... Of eigenlijk is het helemaal niet grappig. Ik vind het bijzonder dat meneer Janssen hiervoor naar de microfoon komt. Burgemeester Bruls heeft zichzelf namelijk "papa Bruls" genoemd. Ik verzin dat niet. Ik verzin het niet om een burgemeester "papa" te noemen. Ik had één vader en een schoonvader, en dat was niet Bruls. Ik wil dus maar zeggen dat het Bruls zelf was. Het is een citaat, hè. Het is een citaat van de burgemeester zelf, die zichzelf "papa Bruls" noemde. Hoe gek willen we het hebben hier? Ja, ik verzin het echt niet hoor! Ik was niet op zo'n gek idee gekomen. Echt niet. Dat wil ik toch wel even rechtgezet hebben. Ik heb het niet verzonnen.

De voorzitter:

Nee. Maar goed, we gaan hier niet over in discussie. Het is mijn oordeel dat dit een belediging was, en er is voor de Kamer geen beroepsmogelijkheid om tegen dat oordeel in beroep te gaan. De heer Karakus.

De heer Karakus (PvdA):

Ik was het zeker eens met mijn voorganger. Ik heb een andere vraag. U heeft het over het aantal sterfgevallen. U vindt dit laag. Ik vind dit vrij hoog. Waar ligt voor u de grens? Hoeveel sterfgevallen zouden er moeten zijn, zodat u zegt: dan pas valt het onder de A-status? Daar ben ik echt onrecht benieuwd naar.

Mevrouw Faber-van de Klashorst (PVV):

Natuurlijk is elk sterfgeval er één te veel. Dat ben ik eens met de heer Karakus. Daar vinden we elkaar. Maar je moet de zaak wel in proportie laten zien. Daarom heb ik de percentages van andere A-infectieziekten ook opgenoemd, zoals ebola. Daarbij heb je een mortaliteit van 50%. Bij de pest is dat 100%. Maar dit is zeer laag. Ik zei ook dat de mortaliteit van COVID-19 op dit moment zeer laag is. De besmettelijkheid is heel hoog. Als je daar een meldingsplicht op gaat zetten, dan worden ze horendol bij de GGD. Dat kan ik u nu al vertellen. Je moet je dus afvragen of je dat wel zou willen. Er zijn ongetwijfeld andere ziektes die misschien een mortaliteit van 1% hebben of iets dergelijks en daar maken we ook geen A-infectieziekte van. Wat ik heb willen zeggen, is dat het probleem onder andere ook veroorzaakt werd door het capaciteitsgebrek in de ziekenhuizen. Dat komt gewoon door het afbraakbeleid van de kabinetten-Rutte van de afgelopen jaren. Daar zitten we nu eenmaal

mee. Als wij dat gewoon op orde hadden gehad, dan hadden we veel minder problemen gehad. Dan hadden die ziekenhuizen gewoon hun werk kunnen doen. Maar nu was de helft van de mensen die daar werken overspannen ...

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Faber, dit antwoord is wel duidelijk.

De heer Karakus (PvdA):

Voor mij is het antwoord nog niet helder. Op het tweede punt, de zorg, zijn we het wel met elkaar eens, denk ik. Maar de vraag was: waar ligt voor u de grens?

De voorzitter:

Mevrouw Faber, graag een kort antwoord.

Mevrouw Faber-van de Klashorst (PVV):

Ja, ik zit even te denken. Dan moet je dus in percentages gaan denken. Ik denk dat de grens dáár ligt waar het een werkelijke bedreiging is voor de hele bevolking. Ik heb het dan over de hele bevolking en niet alleen over bepaalde categorieën, natuurlijk. We hebben in de afgelopen periode gezien dat de meeste slachtoffers zijn gevallen onder de 70-plussers. We hebben in Nederland bijvoorbeeld enige oversterfte gezien in 2020. Maar hoe kom je statistisch op oversterfte? Oversterfte heeft namelijk ook te maken met de ondersterfte in de jaren ervoor. Dat hebben we ook gezien in Nederland. Dat hebben we ook in Duitsland gezien. In Duitsland is er een periode geweest met meer oversterfte, waardoor ze daar later weer meer ondersterfte hadden. Wat ik daarmee eigenlijk wil zeggen, is dat je het wel in perspectief moet zien. Je kunt niet zeggen: als we op 10% of 20% zitten, dan zus of zo. Maar als we dat bij elke ziekte doen die een mortaliteit heeft van 0,9% heeft, dan kunnen we ons helemaal overgeven aan de minister. Bij infectieziekte A kun je alle bevoegdheden daar parkeren. Dan is er gewoon geen houden aan. Je moet natuurlijk wel het huisje bij het schuurtje houden.

De voorzitter:

Meneer Karakus, tot slot.

De heer Karakus (PvdA):

Ik constateer dat ik geen antwoord krijg op de vraag. Maar ik constateer ook dat de grens voor mevrouw Faber op dit moment niet genoeg is, maar ze kan zelf niet de grens aangeven van wat wel voldoende zou moeten zijn om onder de A-status te vallen. Dank u wel.

Mevrouw Faber-van de Klashorst (PVV):

Voorzitter, ik heb ... Voorzitter, mag ik het woord?

De voorzitter:

U krijgt het woord, alstublieft.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Pardon. Pardon. De heer Karakus kreeg wel antwoord, maar ik denk dat het antwoord hem niet beviel. Ik wil nog even terugkomen op de belediging van burgemeester Bruls. Daar heeft minister Bruls zichzelf ...

De voorzitter:
Nee, daar gaan we niet meer over in discussie. U zult het moeten doen met mijn oordeel.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie):
Ik heb geen vraag, maar een constatering. In het vorige debat viel mij op dat de heer Van Hattem streed tegen drogredenen. Wat mij opviel, is dat u een vergelijking maakte met Noord-Korea die ik weinig gepast vind. Als twee landen op één punt overeenkomen en u gaat die vergelijking breed trekken, dan is dat een drogreden. Ik dank u wel.

De heer **Nicolai** (PvdD):
Het valt mij op dat ...

De voorzitter:
Nu bent u het weer kwijt. U moet de voet goed bovenop de pedaal zetten en houden.

De heer **Nicolai** (PvdD):
Doet 'ie het nog? Het valt mij op dat het alsmaar over de sterftecijfers gaat. Van de PVV zou ik willen vernemen hoe zij aankijkt tegen covid. Je kunt toch niet ontkennen dat er nu gewoon steeds meer feiten boven water komen waaruit blijkt dat het toch niet zomaar een griepje is en dat er heel veel mensen voor heel lang gehandicapt zijn? Dat is toch ook een aspect dat je moet meenemen?

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ik begrijp de overweging, maar er zijn ook andere infectieziekten die ook een dergelijk ziektebeeld veroorzaken als long covid. Dat heb je ook bij andere griepvirussen. Dat is niet alleen bij COVID-19.

De voorzitter:
Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Het kabinet moet zo snel mogelijk de zorgcapaciteit op orde brengen, enkel specifiek testen op een infectieus coronavirus, afspraken maken zodat er eenduidig wordt getest en alleen testen in het geval dat er klachten zijn. Dan is in relatie tot COVID-19: één: landelijke regie door de minister van VWS niet meer nodig; dan zijn twee: maatregelen gericht op personen niet meer noodzakelijk ter bescherming van de publieke gezondheid; en drie: is er geen sprake meer van een meldingsplicht aan de GGD.

Deze drie voorwaarden, die ik net opnoemde, zijn gerelateerd aan een infectieziekte A en zullen niet meer van toepassing zijn op COVID-19. Als dat allemaal geschied is, kan

dit wetsvoorstel zo de prullenbak in en is de A-status van COVID-19 overbodig. Ik vraag dan ook aan de minister om dit wetsvoorstel in te trekken.

Tot zover, dank u wel.

De voorzitter:
Dank u wel, mevrouw Faber. Even voor de Handelingen. Ik denk dat u met asymptomatisch bedoelt asymptotisch, voordat de minister niet weet waar u het over had. Dat maakt de beantwoording zo lastig. Dank u wel.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Dank u wel voor de correctie, voorzitter.

De voorzitter:
Dan geef ik nu het woord aan de heer Otten namens de Fractie-Otten.



De heer **Otten** (Fractie-Otten):
Voorzitter. Er zijn in ieder geval twee doktoren in de zaal vandaag.

De voorzitter:
Er zijn er zelfs drie.

De heer **Otten** (Fractie-Otten):
Zelfs drie? O ja, de heer Van der Voort natuurlijk ook. Die was ik vergeten. Drie! Wat willen we nog meer?

Voorzitter. Vandaag behandelen we de wijziging van de Wet publieke gezondheid in verband met het coronavirus, meer specifiek de vraag of COVID-19 tot de A-groep moet blijven behoren. Op 28 januari 2020 is COVID-19 per ministeriële regeling aangewezen als behorende tot de A-groep. Dit besluit dient binnen acht weken gevolgd te worden door een wetsvoorstel. Pas op 6 juli 2021 is dit wetsvoorstel aangenomen in de Tweede Kamer. Meer dan twee jaar later behandelen we deze keuze voor de A-status nu in de Eerste Kamer. Waarom heeft dit zo lang geduurd, is onze vraag aan de minister. De muziek wordt vandaag verzorgd door de VVD-fractie, begrijp ik.

De ziekten in groep A zijn meldingsplichtig. In groep A zitten behoorlijk dodelijke ziektes zoals pokken, polio en virale hemorrhagische koorts. Dat zijn naast zeer nare ook behoorlijk zeldzame ziektes. Juist die combinatie van dodelijk en zeldzaam maakt de maatregelen die genomen kunnen worden als een ziekte tot een dergelijke A-groep behoort, logisch, namelijk: gedwongen opname, gedwongen isolatie, gedwongen onderzoek en gedwongen quarantaine. Maar dit is allemaal niet meer te rijmen met de COVID-19-situatie op dit moment. In maart 2020 konden wij alle begrip opbrengen voor deze maatregelen, maar sinds de succesvolle massale vaccinatiecampagnes en sinds de omikronvariant niet meer.

Daar komt bij dat het RIVM er met de prognoses en de impactinschatting sinds half december 2021 op een buiten-

gewoon ernstige wijze naast zit. Het lijkt dan ook bijna alsof men in verband met de eigen waarheid, die er dus enorm naast zit, nog steeds covid bij de meest ernstige infectieziekten wil plaatsen. Er zijn in het geheel geen data die de prognoses en de modellen van het RIVM kunnen ondersteunen. De omikronvariant blijkt in de praktijk een meer dan uitstekende booster van de cellulaire en humorale immuniteit, zo is mij verzekerd door diverse medici die daar aanmerkelijk meer verstand van hebben dan ik; zeer waarschijnlijk zelfs nog beter dan de boosterprik.

Kortom, in de huidige situatie is er geen enkele medische reden meer aanwezig om de hoogste kwalificatie meldingsplichtige ziekte te handhaven, daarmee ook de overheid een macht gevend die volstrekt onevenredig is. Mocht de situatie — laten we het niet hopen — toch nog weer verslechteren met een nieuwe variant of iets dergelijks, dan kan de minister altijd weer deze nieuwe variant op de A-lijst plaatsen bij ministeriële regeling, en dan wel tijdig een wetsvoorstel indienen. Maar wat onze fractie betreft, moeten we dit niet gaan doen, en zouden wij willen voorstellen om dit wetsvoorstel, net als de spoedwet, in te trekken. Dank.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Otten. Dan is het woord aan de heer Nicolai namens de Partij voor de Dieren.



De heer Nicolai (PvdD):

Dank u wel, voorzitter. Ik denk dat het goed is dat de heer Otten zojuist zei, toen een paar van die ziekten noemde: die zijn dodelijk, zeldzaam en het gaat om vast te stellen symptomen. Dat is eigenlijk waar de Wpg — de oude Wpg, zeg ik maar eventjes — zich eigenlijk mee bezighield. Een dokter ziet dat iemand een ernstige ziekte heeft, en die kan dan in quarantaine of in isolatie, of zelfs gedwongen in isolatie worden geplaatst. Dat kwam weleens voor, maar niet veel. Waar we met covid mee te maken hebben, is natuurlijk een hele andere situatie. Ik heb daar ook weleens een keer iets over geschreven, en toen zei ik: het gaat eigenlijk over pseudo-isolatie en pseudoquarantaine. Waar we mee te maken hebben, is dat het juist gaat om mensen die nog niet die symptomen vertonen, maar misschien wel besmettelijk zijn. Als je kijkt naar de maatregelen die toen gekozen zijn met de spoedwet, ging eigenlijk ook de regering ervan uit dat we daarop moesten ingrijpen, dat we moesten voorkomen dat mensen ... Ik bedoel, als je gewoon ergens bij iemand in huis woonde die het had, dan mocht je op dat moment niet naar buiten, want je kon anderen besmetten. Dat is een systematiek die absoluut niet past op de huidige Wet publieke gezondheid.

Waarom zeg ik dat? Omdat naar mijn oordeel we vandaag eigenlijk een wet gaan aannemen die in de oude Wet publieke gezondheid iets gaat veranderen, iets gaat toevoegen. Het wordt nu namelijk in artikel 1 een A-ziekte genoemd. Maar het punt is dat de bevoegdheden die in die oude wet staat, dan eigenlijk helemaal niet relevant zijn voor die ziekte. Want het moet toch ondenkbaar worden geacht dat je, als je praat over duizenden besmettingen per dag, daar gedwongen isolatie in ziekenhuizen op zou gaan toepassen. En als je praat over de besmettingen en de eisen die voortvloeien uit de oude Wpg: bijvoorbeeld artikel 22,

"De arts die bij een door hem onderzocht persoon een infectieziekte behorend tot groep A vermoedt of vaststelt, meldt dit onverwijld aan de gemeentelijke gezondheidsdienst". Als we kijken naar de rijksoverheid, en als we kijken naar de symptomen, dan zou bij verkoudheid, neusverkoudheid, loopneus, hoesten, die arts het eigenlijk al onverwijld aan de GG en GD moeten gaan meedelen. Dat is bij die andere ziektes, waar de heer Otten het over had, heel goed voorstelbaar, maar is dat voorstelbaar en praktisch uitvoerbaar als het gaat om corona? Ik denk dat een arts dan zal zeggen: pas als hij getest is en de PCR-test uitwijst dat hij het heeft. Maar dan zeg ik: als de PCR-test het uitwijst, is het ook al bij de GG&GD bekend. Dat is maar een voorbeeld. Wat heeft het voor zin om op dit moment deze wet aan te nemen? De wet moet er komen; het is een A-ziekte en geen griepje. Maar moet het op dit moment? Want voor de toepassing van de instrumenten die in de tijdelijke wet covid-maatregelen zit, is dat helemaal niet nodig. Die instrumenten kan je gewoon toepassen. We creëren een situatie waarin we een meldingsplicht aan artsen gaan opleggen die eigenlijk helemaal niet uitvoerbaar is. Er zouden in deze situatie ook bevoegdheden tot gedwongen isolatie en gedwongen quarantaine toegepast kunnen worden waarvan we weten dat we dat überhaupt nooit gaan doen, want we hebben de tijdelijke wet, waarin quarantaine en isolatie thuis al zitten; we gaan dat niet in ziekenhuizen doen.

Mijn punt is dat ik me afvraag of het eigenlijk wel verstandig, nodig en proportioneel is om op dit moment artikel 1 te wijzigen. Waarom wachten we niet gewoon tot de fundamentele wijziging van de Wet publieke gezondheid aan de orde is? In de tussenfase zal er een tijdelijke regeling zijn, waarin je ernaar kunt verwijzen dat het een A-ziekte is, zoals nu ook gebeurt. Straks, als we het definitief regelen in de Wet publieke gezondheid, is het op zijn plaats. Het zou dan ook zo kunnen zijn dat de meldingsplicht voor covid anders wordt geregeld dan voor bijvoorbeeld de heel ernstige ziektes waarover de heer Otten het had.

Mevrouw De Bruijn-Wezeman (VVD):

Ik probeer de analyse van meneer Nicolai te volgen. Bij een aantal zaken die daarin zitten, kan ik hem wel degelijk volgen, bijvoorbeeld de vraag of je het rondom covid op deze manier moet regelen. Ik hoor hem gelukkig ook zeggen: dat het een A-status heeft volgens de huidige wet snapte ik. Dan of we het nu nog moeten doen of niet: volgtijdelijk zijn we twee jaar onderweg. Ik heb nog een heel specifieke vraag. Juist door het een A-ziekte te laten worden, heb je de mogelijkheid van quarantainemaatregelen. Bij B- en C-ziektes zit die er niet in; die is specifiek voor A-ziektes. Het coronavirus kan nog muteren. Er kan zich ergens in de wereld weer een gevaarlijke variant ontwikkelen. Dan heb je juist quarantainemaatregelen nodig, misschien niet specifiek in Nederland, maar bijvoorbeeld om te voorkomen dat het virus via reizigers deze kant uit komt. Quarantainemaatregelen zijn een onderdeel die het een A-ziekte maken. Hoe ziet u dat dan?

De heer Nicolai (PvdD):

Die quarantainemaatregelen zijn er nu al, terwijl we artikel 1 van de wet nog niet hebben aangepast. Die quarantainemaatregelen zitten gewoon in de tijdelijke wet en zijn ook toegepast.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD):

Nee, corona is bij ministeriële regeling, in februari 2020 aangenomen, een A-ziekte. Maar die ministeriële regeling moet geconfirmeerd worden in beide Kamers. Daar hebben we twee jaar over gedaan. Daarom ligt het nu hier. Maar de A-status die in de Wpg geldt, is er al. Dat is op basis van een ministeriële regeling gewoon vastgesteld.

De heer **Nicolai** (PvdD):

Ik denk dat we langs mekaar heen praten. Ik bedoel te zeggen: in de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 zitten quarantaine en al die andere dingen al als bevoegdheden. Die worden ook al toegepast en gaan er ook van uit dat het een A-ziekte is. Daar kunnen we gewoon mee doorgaan, zolang die tijdelijke wet nog geldt. Mijn voorstel zou ook zijn om de bepaling over de A-ziekte zoals we die nu in de wet zetten pas in werking te laten treden op het moment dat de tijdelijke wet vervalt. Wat is daar het voordeel van? Als je het nu niet doet, krijg je in feite een restsysteem die past bij de tijdelijke maatregelen covid. Daar zitten allemaal verplichtingen en bevoegdheden in. Aan de oude Wpg-bevoegdheden heb je helemaal geen donder, als ik het zo mag zeggen. Je gaat niet die duizenden mensen die straks covid hebben of misschien een gevaarlijke variant in ziekenhuizen opsluiten. Je moet er niet aan denken dat je op dit moment alle huisartsen iedereen met een loopneus bij de GGD gaan melden. Nee, je hebt de testen als toepassing van de tijdelijke maatregelen en dat is voldoende.

De **voorzitter**:

Mevrouw De Bruijn, tot slot.

Mevrouw **De Bruijn-Wezeman** (VVD):

Ik volg de analyse niet, want eigenlijk veronderstelt de heer Nicolai dat er iets gaat veranderen op het moment dat we deze wet gaan aannemen, en dus confirmeren wat het kabinet al lang vastgesteld heeft in ministeriële regelingen. Ik deel dat standpunt niet. Volgens mij is artikel 1 van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 gebaseerd op de ministeriële regeling waarbij covid als type A-ziekte in de Wpg is opgenomen. Volgens mij verandert deze wet helemaal niets aan de situatie waar we nu mee te maken hebben.

De heer **Nicolai** (PvdD):

Als dat zo zou zijn, is er sowieso geen reden om een wet aan te nemen. Een wet die geen gevolgen heeft en niets verandert, moeten we zeker niet aannemen. Mijn punt blijft: laten we oppassen het hele instrumentarium en de bevoegdheden van de oude Wet publieke gezondheid nu al te activeren, waarbij meldingsplicht met veel administratieve rompslomp voor alle artsen in het leven wordt geroepen die eigenlijk helemaal niet nodig is. We hebben daarnaast al een werkend systeem op basis van de Tijdelijke wet. Mijn voorstel aan de minister zou de volgende zijn. Wat zou er tegen zijn om te zeggen: oké, we hebben dat nu hier vastgesteld, maar we gaan de werking uitstellen tot het moment dat het systeem dat we specifiek op die covid hadden gemaakt, die Tijdelijke wet, komt te vervallen? Ik hoor daar graag zijn reactie op.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Nicolai. Wenst een van de leden in eerste termijn nog het woord? Dat is niet het geval. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Wij vervolgen dit debat later vanavond.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering voor de dinerpauze tot 19.00 uur.

De vergadering wordt van 17.59 uur tot 19.00 uur geschorst.