7
Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV

Aan de orde is de voortzetting van 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 voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel 35401, Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV. We zijn nu toe aan het antwoord van de regering in de eerste termijn.

De beraadslaging wordt hervat.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Het tweede deel ging over de wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV, zoals het officieel heet. Dat betekent het toevoegen van COVID-19 als A-ziekte in de Wet publieke gezondheid. Dat COVID-19 een A-ziekte is, is al geruime tijd geleden bepaald; u hebt dat ook genoemd. Dat gebeurde met de ministeriële regeling van 28 januari 2020, dus nog voordat de eerste patiënt werd gediagnosticeerd, op advies van het OMT. Daarmee kreeg COVID-19 op grond van artikel 20, eerste lid van de Wpg vanaf 28 januari 2020 de juridische status van A-ziekte. Datzelfde artikel schrijft voor dat dan binnen acht weken een voorstel van de wet ter incorporatie van die ministeriële regeling aan de Tweede Kamer moet worden gezonden. Daaraan is voldaan met de indiening van het betreffende wetsvoorstel op 20 februari 2020.

Die aanwijzing als A-ziekte heeft te maken met drie aspecten. De meldingsplicht is al genoemd. Bij een A-ziekte moet een besmetting onverwijld worden gemeld bij de GGD, die dat doorgeeft aan het RIVM et cetera. Ten tweede: de maatregelen die opgelegd kunnen worden ter bescherming van de publieke gezondheid, bijvoorbeeld een tijdelijk beroepsverbod, gedwongen onderzoek, isolatie en quarantaine. Ten derde: de vraag of landelijke regie door de minister van VWS noodzakelijk is. Dit laatste, die landelijke regie, geldt alleen bij een A-ziekte. U weet dat bij B1-, B2- en C-ziektes andere bevoegdheden gelden en dat de regie met betrekking tot de bestrijding dan is belegd bij de burgemeester.

Voorzitter. Daarmee kom ik op de beantwoording van de gestelde vragen, allereerst een vraag van de heer Nicolaï: wat heeft het voor zin om deze wet op dit moment te behandelen en waarom wordt er niet gewacht totdat de Twm vervalt? Zoals benoemd heeft COVID-19 met de aanwijzing in de ministeriële regeling al een lange tijd geleden — intussen twee jaar geleden — de juridische status van een A-ziekte gekregen. Het onderhavige wetsvoorstel bekrachtigt dit alleen. Wat dat betreft zie ik geen meerwaarde in wachten met de invoering van het wetsvoorstel.

De heer Nicolaï refereerde aan de onverwijlde meldplicht. Vanwege de epidemiologische situatie — u refereerde terecht aan de hele grote aantallen patiënten — was het al snel niet zinvol om artsen een melding te laten doen als enkel sprake was van een vermoeden van de infectie. In de praktijk heeft dan ook vrijwel van meet af aan op dat punt een vrijstelling gegolden. U kunt zich nog herinneren dat van de allereerste patiënt nota bene op tv met een briefje melding werd gemaakt aan een van mijn voorgangers, maar enige tijd later gold dat dus al niet meer. Dat is later geformaliseerd in een officiële vrijstelling op grond van artikel 22, lid 4 van de Wpg.

Mevrouw Faber vroeg: waarom wil de minister ineens met spoed COVID-19 aanmerken als een infectieziekte van groep A en waarom trekken we dit niet in? Ik heb de voorgeschiedenis al even benoemd. Een ministeriële regeling moet bij wet worden bekrachtigd. Daartoe strekt dit wetsvoorstel. Ook al lijken we in de epidemie inmiddels in een andere fase te zijn beland, het is nog steeds van belang om te borgen dat reguliere bepalingen van de Wet publieke gezondheid die gelden voor de infectieziekten van groep A, van toepassing zijn.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Drie keer is scheepsrecht bij deze microfoon. Goed. De minister geeft dat allemaal aan over de ministeriële regeling en dat het dan een infectieziekte A is. Maar je hebt natuurlijk ook voortschrijdend inzicht. Twee jaar geleden was de situatie heel anders dan nu. We zitten nu in een heel andere situatie. We hebben veel meer besmettingen, maar het is veel minder fataal. Het ziektebeeld en de ziekenhuisopnames zijn ook veel lager. Het is natuurlijk wel heel frappant dat de minister vorige week in de Tweede Kamer aangaf: de Eerste Kamer hoeft helemaal niet in te stemmen met infectieziekte A. Toen gaf de minister ook te kennen dat hij helemaal niet wist dat het hier op de rol staat. Ik vraag mij dus af wie het met spoed op de agenda van de Eerste Kamer heeft gezet.

Minister **Kuipers**:
Ik refereerde eraan dat de juridische status van de A-ziekte al in januari 2020 bij ministeriële regeling werd verkregen.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Dat is een stukje van het antwoord. Kijk, het kan wel in een ministeriële regeling staan en dan moet het wel omgezet worden naar een wet, maar er is nu bijna twee jaar overheen gegaan. Het kan zijn dat de situatie dan verandert en dat het niet meer nodig is. Het is dus niet zo: wij hebben dat toen gezegd en dus staat het gewoon in steen gebeiteld. Het kan natuurlijk altijd veranderen. Dan heb ik nog steeds de vraag hoe het nou kan dat de minister vorige week in de Tweede Kamer aangaf dat de Eerste Kamer helemaal niet hoeft in te stemmen. We moeten wel instemmen, want u zegt zelf dat het in een ministeriële regeling staat, dus dat klopt al niet helemaal. En dan is het ook nog zo dat hij er niet vanaf is dat we hier vandaag zouden staan te debatteren. Ik vraag me af: wie heeft het dan met spoed bij ons op

de agenda gezet? Ik neem toch aan dat de minister aan het hoofd staat van het ministerie?

Minister **Kuipers**:
Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat dit niet met spoed op de agenda is gezet op het moment dat die ministeriële regeling en de indiening van die wet van januari respectievelijk februari twee jaar geleden dateert. Het heeft vervolgens een tijd bij mijn eigen departement gelegen. Nota bene in mei 2021, ruim een jaar dus na de ministeriële regeling en de indiening van het wetsvoorstel, heeft de Tweede Kamer nog een keer gevraagd om hier prioriteit aan te geven. Vervolgens is het besproken in de Tweede Kamer en uiteindelijk is het deze kant uit gekomen. Alles bij elkaar heeft het heel lang geduurd. Als u mij vervolgens vraagt ... Mevrouw Faber refereert eraan dat de situatie ondertussen echt anders is. Ik refereer dan even aan de discussie die we zonet uitvoerig hebben gevoerd over pandemie en endemie en over waar we voor de komende periode nog rekening mee moeten houden. Een van de dingen die ik daarbij heb aangegeven, is dat het wel degelijk buitengewoon verstandig is om er rekening mee te houden dat er bij nieuwe varianten nog een keer de kans is dat je landelijke regie moet voeren.

Dan werd er een vraag gesteld over vergaande maatregelen bij directe dreiging. Wanneer is er sprake van directe dreiging? Bij de bepaling van een directe dreiging en de inzet van concrete maatregelen worden experts van het OMT om advies gevraagd. Zij nemen daarbij ook de situatie in Europa in ogenschouw. Zij kijken regelmatig naar andere Europese landen. In december kwam er bij de komst van de omikronvariant informatie uit Zuid-Afrika. Dat kunt u zich ongetwijfeld herinneren. Ook waren er adviezen van het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
De minister geeft aan dat er om advies wordt gevraagd bij het OMT. Is er dan een soort beslisboom op basis waarvan zij tot hun oordeel komen? Want ik neem aan dat er iets is op basis waarvan zij besluiten. Het lijkt me geen nattevingerwerk.

Minister **Kuipers**:
Natuurlijk is er om te beginnen een besluitvormingstraject. Ook is er input. Dan komen we opnieuw terug op de discussie die we zonet al gevoerd hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om de predicties ten aanzien van aantallen ziektegevallen en aantallen personen die zodanig ziek worden dat ze hulp nodig hebben.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Is de minister bereid om die procedure met ons te delen en die schriftelijk naar ons te sturen?

Minister **Kuipers**:
Al in een eerder debat met de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat ik inderdaad van plan ben om dat te doen.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Mag ik hieruit concluderen dat dat een toezegging is dat u dat ook naar deze Kamer stuurt?

Minister **Kuipers**:
Absoluut.

Dan vroeg mevrouw Faber ook waarom COVID-19 met een mortaliteit van 0,9% nog steeds een A-ziekte moet zijn. Zoals gezegd, daarmee wordt geborgd dat er passende maatregelen zijn en dat er eventueel ook landelijke regie kan plaatsvinden, als dat nodig is. Daarbij is mortaliteit niet de enige factor, zoals zojuist en ook eerder besproken.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
De minister geeft aan dat er meer voorwaarden zijn om aangemerkt te worden als infectieziekte-A, en dat klopt wel, maar de mortaliteit is wel heel laag. U zegt dat de berekende mortaliteit 0,9% is. Het kan in de praktijk lager zijn, maar deze discussie zullen we laten liggen. Kijk, er zijn natuurlijk wel meer ziektes die misschien een hogere mortaliteit hebben, maar die je geen A-status geeft. Ik bedoel het niet rottig, niet negatief, ...

Minister **Kuipers**:
Zo voelt het ook niet, hoor.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Maar dan lijkt het toch een beetje overdreven.

De **voorzitter**:
U heeft deze vraag volgens mij allang gesteld, geloof ik.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Nee, er komt nog wat. Is 0.9% niet een beetje overdreven om het een infectieziekte-A te noemen?

Minister **Kuipers**:
Het is altijd een combinatie van het aantal ziektegevallen en de kans per ziektegeval op zich. Door iemand van uw Kamer werd eerder de vergelijking gemaakt met virale hemorragische koorts, onder andere bekend bij Lassakoorts. Dat is in zeer zeldzame gevallen één patiënt. Die ene patiënt wordt dan ook gemeld, niet alleen landelijk, maar die komt meestal ook in de krant, niet met naam en toenaam maar wel dat er een patiënt is opgenomen. Daar is de sterftekans heel hoog, maar als de betreffende patiënt overlijdt is het per definitie één sterfgeval. Hier is het 0,9% van 80.000 gevallen per dag, om even bij uw getal te blijven. Dat is net een andere situatie.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Het is natuurlijk wel zo dat hoe dodelijker een ziekte is, hoe minder besmettingen er zijn, want je hebt gewoon minder tijd om andere mensen te besmetten. En het is ook zo dat de infectieziektes die in categorie A zijn ingedeeld, allemaal zeer dodelijk zijn, met een hoge mortaliteit, maar die komen weinig voor. Bij COVID-19 is het precies andersom. Dan

valt het toch ook uit de toon? Dan strookt het toch ook niet met de rest, zou je haast denken.

Minister **Kuipers**:
Misschien mag ik eraan refereren dat we in de afgelopen twee jaar alleen al in Nederland meer dan 100.000 ziekenhuisopnames hebben gehad hiervoor, waarvan meer dan 17.000 patiënten zeer langdurig op de intensive care. De mortaliteit is één factor en de ziekmakendheid ook, dat geeft het al aan. Iemand van uw Kamer refereerde ook aan long covid of het post-covidsyndroom. Dit is een ernstig virus en niet gewoon een verkoudheidsvirusje. Een mortaliteit van 0,9% klinkt niet zo hoog— nogmaals, er worden verschillende percentages genoemd, dat gaf u ook al aan, dus hang me daar niet aan op, maar ik refereer aan het getal dat u noemt — maar bij hele grote aantallen hebben de ziekmakendheid, het sterftegetal en het deel van de mensen met langetermijnklachten wel degelijk een grote impact op de gezondheidszorg.

De **voorzitter**:
Dan … Nou, u bent al aan uw tiende, maar gaat uw gang. Kort.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Dank u wel voor de coulance. Maar dan is toch de beste manier om je voor te bereiden op een pandemie of een epidemie door de ziekenhuiscapaciteit op orde te brengen? Dat is toch gewoon de kortste klap, even kort door de bocht?

Minister **Kuipers**:
Ik ben bang dat dat helaas de laatste klap is die je moet maken. En daarmee zeg ik absoluut niet dat die niet belangrijk is, maar u moet zich dit voorstellen. Stel dat wij in staat zouden zijn met vereende krachten en met een enorme inspanning de zorgcapaciteit met 20% uit te breiden. Stel dat, maar dat is al een enorme inspanning, hè. En u hoort van mij niet dat ik dat überhaupt in deze periode voor elkaar ga krijgen; de target is al onmogelijk. Maar stel dat het zou lukken. En je zit in een situatie waarbij besmettingen en dus ook patiënten, zoals we dat eerder gehad hebben, met 70% in een week toenemen. Dan kan het voorkomen dat je met 20% meer capaciteit twee dagen koopt aan tijd voordat je dezelfde maatregelen moet doen. De beste vergelijking is Duitsland, waar de zorgcapaciteit, de ic-capaciteit, op allerlei plekken aanzienlijk hoger dan in Nederland is, en men op allerlei momenten in de tijd dezelfde maatregelen moest nemen. En op dit moment is de situatie in Duitsland op tal van plekken lastiger dan in Nederland, ondanks die grote zorgcapaciteit. Dat heeft alles te maken met de vaccinatie en de booststatus. Dus ik ben het helemaal met u eens — en dat gaf ik ook al aan — dat we echt moeten inzetten op uitbreiding van zorgcapaciteit, maar het is helaas niet zo dat wij … Kijk naar de heer Van der Voort. Als de heer Van der Voort zijn ic weet te verdubbelen, dan kan het zijn dat wij daarmee enige capaciteit willen. Het is een majeure inspanning als dat zou lukken. En als het lukt, en je krijgt een nieuwe variant en die maakt ernstig ziek, dan koop je daar enige tijd mee, maar heel weinig.

Voorzitter. Dan vroeg mevrouw Faber naar PCR- en vermeerderingscycli, en zij gaf aan dat het hoog tijd is dat de Ct-waarde wordt meegegeven of openbaar wordt gemaakt. Er zijn in Nederland ruim 200 verschillende PCR-workflows en -methoden, en ieder lab heeft daarbij een eigen protocol voor de precieze afkapwaarde voor een positieve uitslag. Dat wordt gecontroleerd met kwaliteitsrondzendingen van het RIVM, en dan blijkt dat alle labs goed in staat zijn om het virus op te sporen. Maar de exacte Ct-waarde uit het ene lab is niet een-op-een te vergelijken met de Ct-waarde uit een ander lab. Daarom vind ik de toevoeging van die gegevens voor nu eigenlijk niet van toegevoegde waarde.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ik had ook nog wel wat andere vragen in mijn eerste termijn, en dat ging over het aantal cycli dat je kan draaien. Is de minister het met mij eens dat je vanaf 35 cycli niet meer een infectueus virus aantoont?

Minister **Kuipers**:
Dat komt terug op dezelfde vraag als die ik net beantwoordde. En ook daar moet u zich dit even voorstellen. Het is heel technisch, maar het aantal cycli waarop je het virus aantoont, zegt wat over de — in slecht Nederlands — viral load. Maar die kan verschillen op een verschillend moment van je besmetting en infectie. Waar het om gaat, is allereerst: heb je het virus bij je? En het is niet zo dat je bij iemand waarin het virus niet aanwezig is, bij 40 — u heeft gerefereerd aan aantallen van 35, 40 of 45 — ineens out of the blue dat virus gaat vinden.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ja, maar ik krijg natuurlijk niet echt een antwoord van de minister. Het is toch wel bewezen dat je na 35 cycli geen infectueus virus meer hebt. En het klopt van die virusload. De virusload is belangrijk voor de mate waarin iemand besmettelijk is. Maar als ik dan lees dat het RIVM eerst uitgaat van 30 cycli en daarna van 35, en dat in de praktijk … Dat stond ook in de beantwoording van uw voorganger, die schreef in een brief dat in het protocol staat geschreven dat er 40 tot 45 cycli worden gedraaid voor de meeste testen. Tja, dan krijg je toch iedereen positief, in feite? En we hebben het hier over besmettingen. Dan is ook de vraag: wat is een besmetting? Een besmetting is eigenlijk — zo, denk ik, moeten we dat horen — een positieve test. Maar als je dan gaat testen, niet met een SOP, dus zonder standaardprocedure, en de ene draait met zoveel cycli en de ander met zo'n primer, en de ander zit weer op één gen te testen — want eerst testten ze op twee genen; eigenlijk moet je op drie genen testen, maar nu zijn ze teruggegaan naar één gen — dan ga je dus van alles meenemen. Dan wordt het toch allemaal onbetrouwbaar? Dat is wetenschappelijk toch niet te verantwoorden, als iedereen alles anders doet? Dat kan toch niet?

De **voorzitter**:
Uw vraag is helder. De minister.

Minister **Kuipers**:
Laat ik allereerst de indruk wegnemen dat iemand die geen virus bij zich heeft vanzelf een positief resultaat krijgt als je

maar lang genoeg doorgaat met het aantal cycli. Dat is niet zo. Iemand is negatief. Je kunt doordraaien met het aantal cycli, je kunt er 100 of 200 van maken, maar als iemand negatief is, blijft hij negatief. Dat is uiteraard wel afhankelijk van de potentiële vervuiling et cetera; dat kan allemaal. Dat is precies de reden waarom het RIVM standaard een routinematige, intensieve kwaliteitscontrole heeft en daarbij telkens weer ieder individueel lab controleert. De resultaten die daaruit komen zijn naar mijn informatie goed. Dat is het allerbelangrijkste.

De **voorzitter**:
Mevrouw Faber, tot slot.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ze kunnen wel allerlei kwaliteitscontroles houden, maar dat zegt mij nog niks, want hoe wordt die kwaliteitscontrole gehouden? Het gaat er specifiek om — ik kan me niet van de indruk ontdoen dat de minister dat niet weet — dat je, als je een intact coronavirus wil detecteren dat COVID-19 veroorzaakt, op drie genen moet testen. Er wordt nu op één gen getest. Of zegt de minister dat dit niet zo is en er toch op drie genen wordt getest? Dan is het nog zo dat er verschillende primers worden gebruikt, dus je krijgt verschillende uitslagen. Je kunt dan nog zeggen: als je geen virus bij je hebt, kan je niet positief testen. Dat klopt. Maar iemand kan ook een klein stukje van het eiwit bij zich hebben, dat ook van een griepvirus kan zijn, want als je maar op één gen test, test je niet specifiek op een coronavirus. Je gaat dus van alles meenemen. Die testen zijn dan onbetrouwbaar.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Faber.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Op het moment dat wij met een betrouwbaar ...

De **voorzitter**:
Nee, nee, nee, nee, mevrouw Faber. Ik denk dat uw vraag nu helder is. U krijgt ook nog een tweede termijn. Dan kunt u uw vraag nog een keer stellen.

Minister **Kuipers**:
Ook in de tweede termijn zou ik helaas hetzelfde antwoord geven. De kwaliteitscontrole voor de coronatest in Nederland is belegd bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Dat is hun werk. Dat doen ze buitengewoon kundig. Ik heb geen enkele reden om aan te nemen dat het hier niet goed gebeurt.

Voorzitter, daarmee kwam ik aan de beantwoording van mijn laatste vraag.

De **voorzitter**:
En die heeft u hiermee afgerond, bedoelt u? Was dat verleden tijd?

Minister **Kuipers**:
Ja, het was verleden tijd.

De **voorzitter**:
Dank u wel, minister. Thans komen we bij de tweede termijn van de kant van de Kamer. Ik geef het woord aan mevrouw Faber-van de Klashorst namens de PVV. O nee, mevrouw Faber wenst één minuut schorsing.

De vergadering wordt van 22.04 uur tot 22.07 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik geef het woord aan mevrouw Faber-van de Klashorst van de fractie van de PVV.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Dank u, voorzitter. De minister geeft zelf al aan dat de kortste klap bijvoorbeeld 20% uitbreiding van de ziekenhuizen zou zijn. Dat kost natuurlijk wel wat, niet alleen financieel maar ook qua inspanning. Maar nu ligt de halve economie op apegapen en dat kost ook wat. Als we zien wat voor inspanningen daarvoor moesten worden geleverd vanuit het bedrijfsleven om nog enigszins overeind te blijven, denk ik dat het uitbreiden van de ziekenhuiszorg een betere weg is om te gaan.

Er zit een beetje een zweem van onregelmatigheid in dat hele voorstel. Ik kijk bijvoorbeeld naar die PCR-testen. Ik blijf op het punt staan dat het niet eenduidig is. Er zijn dubieuze mails van ambtenaren. Het ministerie bemoeit zich met het OMT-advies, terwijl het OMT onafhankelijk zou moeten zijn. Er is sowieso minstens één RIVM-lid dat belang heeft bij het aantal testen waaraan verdiend wordt. Dat is dus ook niet helemaal koosjer. Dat zou je helemaal niet moeten willen.

Er werd al eerder gezegd dat al die maatregelen wel zin hebben gehad, maar als we kijken naar de statistieken ... Ik mag die niet tonen van de voorzitter, want dan had ik die eerder moeten laten zien. Ik ga maar gewoon vertellen wat ik hier voor me heb liggen. Dit is van Our World in Data. Die heeft hele mooie grafieken. Ik heb hier bijvoorbeeld grafieken van Nederland en van Zweden. Je ziet dat de grafieken identiek zijn. Alleen is de ene iets hoger in de pieken dan de andere. Zweden heeft in de eerste golf amper maatregelen genomen en in de tweede golf wel iets meer, maar niet zo heel veel. Dan zie je dat het er in Nederland veel slechter voor heeft gestaan.

Of al die maatregelen nou echt zin hebben, is discutabel. Het is namelijk niet te bewijzen. Je hebt immers niet de situatie van wel en niet. Dat heeft de minister in het vorige debat aangegeven: we gaan niet in het ene dorp wel maatregelen nemen en in het andere niet, om te kijken hoe het loopt. Dat wil je natuurlijk niet, want we gaan daar niet mee experimenteren. Je kunt nooit bewijzen of die maatregel zin heeft gehad. Je kunt wel zeggen dat je het aantal contacten gaat verminderen — daar is veel op gebaseerd — maar het gaat toch allemaal veel via de lucht. Ook als je wat afstand houdt tot mensen, kun je het nog krijgen. Er werd gezegd: de horeca is dichtgegooid. Wat gebeurde er toen? Toen gingen mensen bij elkaar thuis van alles orga-

niseren. Daar is een rapport over verschenen — en dat is ook bekend bij het ministerie — waarin staat dat er thuis een grotere kans op besmetting was dan in de horeca.

Onze vraag aan de minister is om alsnog het wetsvoorstel aan te houden om eerst eens af te wachten tot er meer duidelijkheid is over het verloop van de pandemie en meer duidelijk is geworden over de endemische fase.

Tot zover, voorzitter. Dank u wel voor uw coulance.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Faber. Daar komt meneer Verkerk met een vraag voor u.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie):
Als ik naar de tweede termijn van mevrouw Faber luister, dan heb ik de indruk dat zij een aantal dingen die de minister overtuigend heeft gezegd, of niet gehoord heeft of niet heeft begrepen of niet heeft willen horen of niet heeft willen begrijpen. Mevrouw Faber is een stuk wantrouwen aan het zaaien. Ik neem even de PCR-test. Daar is een Cochrane review van gedaan. Alle antwoorden op de vragen die u stelt, kunt u vinden in die Cochrane review. Als een epidemie exponentieel gaat verlopen en de R-waarde hoog genoeg is, kun je het aantal bedden verdubbelen als je twee dagen verder bent. Dat betekent dat wat u zegt gewoonweg niet kan. Het zou goed zijn als u weet wat exponentiële groei is, dat erkent en zegt: mijn voorstel kent zijn beperkingen. Geeft u dat eens gewoon toe na de goede antwoorden van de minister. Dat helpt het debat en dan komen we op de echte punten waar het om draait.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Voorzitter, als u mij toestaat, moet mij nu toch iets persoonlijks van het hart. De collega zegt dat ik het niet heb gehoord of dat ik het niet heb begrepen. Hij heeft ook weleens in een persoonlijk gesprek gezegd dat ik het allemaal niet zo begrijp. Nou, ik begrijp het allemaal prima. Ik hoef helemaal niets terug te nemen. Ik blijf op mijn standpunt staan. Als u mij een lijst kunt overleggen van de uitslagen van de PCR-testen met Ct-waarden, dan bent u mijn collega. Maar dat kunt u niet, want die lijst is er niet. En als die lijst er wel is, dan wordt die niet vrijgegeven. Ze moeten dus niet tegen mij gaan vertellen dat ik het niet begrijp, want ik begrijp het donders goed.

De heer **Verkerk** (ChristenUnie):
Ook als ik die lijst niet overleg, ben ik nog steeds uw collega. Zo zie ik u tenminste wel, als ik dat zo eerlijk mag zeggen. Maar verder, ik zie dat we hier op een stuk wetenschappelijk debat komen. Ik ben geen viroloog. Er zijn een heleboel artsen die dat wel zijn. Die weten hoe het zit. Naar mijn indruk bent u ook geen viroloog. Ik denk dat we dit soort debatten eigenlijk niet zo moeten voeren. Het punt is dat de Cochrane review een ongelofelijk hoge status heeft. Als u het beter wilt weten dan de Cochrane review dan moet u echt met heel harde argumenten komen.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ik weet ook wel dat ik geen viroloog ben. Dat snap ik ook wel. Maar je hoeft niet altijd een viroloog te zijn om te weten of je wel of niet belazerd wordt.

Tot zover.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan ga ik nu naar de heer Otten namens de Fractie Otten.

De heer **Otten** (Fractie-Otten):
Voorzitter. Terwijl wij hier vergaderen, heeft Boris Johnson vanavond alle restricties opgeheven. Terwijl de 95-jarige Queen Elizabeth II positief is getest op corona, biedt de Britse regering perspectief. "We moeten leren leven met covid", zegt Johnson. "Het is tijd om van restricties over te schakelen op persoonlijke verantwoordelijkheid". Quarantainebeperkingen worden in Engeland dan ook vanaf donderdag opgeheven. Vaccinatiepaspoorten zijn ook niet langer vereist. Het Living with Covid plan, noemde Johnson het vanavond. "Celebrate the sun shining, but take your umbrella".

Voorzitter. Dat is perspectief. We gaan leven met covid. We kunnen er rekening mee houden dat er nog wel tegenslagen komen, maar dat is ook een persoonlijke verantwoordelijkheid. De overheid kan niet alles eindeloos blijven regelen. Waar is het perspectief in Nederland, vraag ik aan de minister. Ik heb dat bij het voorgaande debat over de verlenging van de spoedwet ook gevraagd. Wanneer gaan deze minister en dit kabinet de Nederlandse bevolking perspectief bieden?

Voorzitter. In de beantwoording van de minister hebben we helaas nog geen goede reden gehoord waarom COVID-19 nu op de A-lijst moet blijven. Ik denk dat ik spreek voor velen hier in deze Eerste Kamer, dat we graag een meer inhoudelijke beantwoording van de minister hadden verwacht. Het is hier wel de Eerste Kamer en niet een of andere boardroom van een ziekenhuis. Als dit antwoord uitblijft, dan zien wij helaas geen andere mogelijkheid dan tegen dit wetsvoorstel te stemmen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Otten. Wenst een van de leden in de tweede termijn nog het woord? Dat is niet het geval. Minister bent u in de gelegenheid om direct te reageren op de vragen van de Kamer? Dat is het geval. Dan geef ik het woord aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter. Om te beginnen refereer ik aan de opmerking van mevrouw Faber: 20% stijging van de zorgcapaciteit is de kortste klap. Daarmee werd ik geciteerd, maar ik heb het nadrukkelijk iets anders benoemd. Wat ik benoemd heb, is dat uitbreiding van zorgcapaciteit niet het eerste is wat je

moet doen. Er zijn eerst een heleboel andere zaken. Vervolgens heb ik het voorbeeld gebruikt: stel dat je in staat zou zijn om 20% zorgcapaciteit … Ik heb er ook even bij benoemd dat dat een majeure inspanning is; het is maar zeer de vraag of dat zou lukken. Maar stel dat … et cetera. Ik heb daar verder niet zo veel aan toe te voegen dan wat ik al benoemd heb. Hetzelfde geldt ten aanzien van de opmerking over het wel of niet kunnen bewijzen van maatregelen.

Daarmee kom ik bij de opmerking van de heer Otten en de situatie in Engeland. Ik vind het ontzettend belangrijk dat de situatie in verschillende landen in Europa, maar ook daarbuiten, wordt vergeleken. Engeland is wat dat betreft vaak aangehaald. Ik wil graag benoemen dat we, als we een situatie internationaal vergelijken, dat in zijn totaliteit moeten doen. Dat is ontzettend belangrijk, want wij moeten elkaar en onze burgers wel het juiste plaatje geven. Als ik zie wat er in de afgelopen twee jaar in Engeland gebeurd is en waar men nu staat, bijvoorbeeld in termen van achtergestelde zorg, dan is dat een situatie die wij in Nederland, denk ik, met ons allen, ook u hier in de Kamer, niet geaccepteerd zouden hebben. Als ik alleen al noem dat in Engeland bijvoorbeeld negen maanden lang transplantatieprogramma's stilgelegd zijn. Dat betekende domweg dat je, als je op dat moment een nieuwe lever, een nieuwe long of een nieuw hart nodig had, dan niet aan de beurt kwam. Het was covid opvangen en dat was alles. Wij hebben bewust — en ik denk om een goede reden — ingestoken op de veelheid, het perspectief en het ook kijken naar andere patiënten. Dat is een.

Ten tweede een reactie op de opmerkingen over alles nu opheffen en wel of niet een perspectief. Ik denk dat we dat in de afgelopen periode bewust gedaan hebben, door andere prioriteringen te zetten, door te durven versoepelen terwijl het aantal besmettingen heel hoog was en door ook dat nadrukkelijk zo te benoemen. Ik ben bijvoorbeeld de laatste persconferentie gestart met: we gaan weer open. Daarmee hebben we ten opzichte van Engeland nu, zoals genoemd, nog twee maatregelen. Maar bijvoorbeeld zo'n maatregel in het openbaar vervoer is echt iets wat je ook doet voor je kwetsbare medeburger. En hoe ernstig kan het dan zijn om een uur lang in een trein een mondkapje op te hebben terwijl er iemand anders naast je zit, misschien wel van hoge leeftijd, die geen keus heeft voor een andere trein. Ik vind dat Nederland open is, en wel degelijk met een perspectief.

Voorzitter. Daarmee ben ik klaar met de beantwoording van de resterende punten.

De **voorzitter**:
Dank u wel, minister.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Ik kom tot afhandeling van het wetsvoorstel 35401, Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV. Vorige week heeft mevrouw Faber gemeld dat zij overwoog om een hoofdelijke stemming te vragen. Mijn vraag is of dat overwegen inmiddels geleid heeft tot een conclusie.

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Ja.

De **voorzitter**:
En wat is de conclusie, mevrouw Faber?

Mevrouw **Faber-van de Klashorst** (PVV):
Een hoofdelijke stemming morgen.

De **voorzitter**:
Dat is het geval. Dan stemmen wij morgen hoofdelijk, na de middagpauze.

Ik schors de vergadering voor de nacht tot morgenochtend 9.00 uur. Ik dank de minister voor zijn aanwezigheid. Ik dank de leden en de medewerkers. Morgenochtend zal de beraadslaging worden voortgezet met de eerste termijn van de Kamer van het debat Wijzigingen fosfaatrechtenstelsel (35949). Ik wens u allen wel thuis.