

**35401            Wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling 2019-nCoV**

**MEMORIE VAN ANTWOORD**

**Inleiding**

Onder dankzegging aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het uitgebrachte voorlopig verslag over het onderhavige wetsvoorstel, zal ik hieronder de bij de leden van de fracties van de PVV en de SGP nog bestaande vragen beantwoorden. De inbreng van de leden is in een cursief lettertype geplaatst, de beantwoording staat in gewone typografie.

**Algemeen**

*Het voorstel behelst de wettelijke bekrachtiging van het aanmerken van covid-19 als behorende tot 'groep A' van infectieziekten van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Dit nadat covid-19 op 28 januari 2020 reeds per ministeriële regeling was ingedeeld bij deze groep A. De leden van de SGP-fractie constateren dat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel plaatsvond ongeveer anderhalf jaar ná het moment van indiening van het voorstel. Zij vragen of de regering nader kan toelichten hoe dit heeft kunnen gebeuren, mede gelet op de relatieve eenvoud van het wetsvoorstel en het feit dat in het verslag van de Tweede Kamercommissie voor VWS<sup>1</sup> door slechts twee fracties enkele vragen zijn gesteld. De leden van de SGP-fractie begrijpen dat de regering in de betreffende periode meer te doen had, maar waarom is op 26 augustus 2020 wel een nota van wijziging naar het parlement gestuurd, maar niet de nota naar aanleiding van het verslag?*

De regering erkent dat de vertraging bij het uitbrengen van de nota naar aanleiding van het verslag niet de schoonheidsprijs verdient. De bestrijding van de epidemie van covid-19 heeft ertoe genoodzaakt om meer prioriteit toe te kennen aan andere werkzaamheden dan aan het onderhavige wetsvoorstel. Daarbij is van belang geacht dat de aanwijzing van covid-19 als infectieziekte behorend tot groep A reeds was geborgd met de ministeriële regeling van 28 januari 2020.<sup>2</sup> Dat wel aanleiding is gezien om een nota van wijziging aan te brengen, hing samen met het feit dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (hierna: WHO) de naam van het virus inmiddels was gewijzigd van 'novel coronavirus (2019-nCoV)' naar 'covid-19'. Het is wenselijk geacht om die naamswijziging in het wetsvoorstel door te voeren om onduidelijkheden te voorkomen. De nota naar aanleiding van het verslag is alsnog met de nodige spoed uitgebracht, nadat de Tweede Kamer hierom had verzocht.

**Groepsindeling en criteria**

*De leden van de PVV-fractie vragen of de regering een definitie kan verstrekken van infectieziekten behorende tot de groepen A, B1, B2 en C. Op basis van welke criteria wordt bepaald in welke groep (A, B1, B2, C) een infectieziekte wordt ingedeeld?*

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2019/20, 35 401, nr. 5.

<sup>2</sup> Stcrt. 2020, 6800.

De indeling in groep A, B1, B2 of C in de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) is gerelateerd aan het volgende:

- 1) De vraag of landelijke regie door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) noodzakelijk wordt geacht. Als dat het geval is, dan wordt de ziekte in groep A ingedeeld.
- 2) De maatregelen gericht op individuen die potentieel noodzakelijk geacht worden om te kunnen worden opgelegd ter bescherming van de publieke gezondheid. Voor de B2-ziekten is dat een tijdelijk beroepsverbod. Voor B1-ziekten kan daarnaast een gedwongen onderzoek en gedwongen isolatie worden opgelegd en voor A-ziekten komt daar nog de mogelijkheid voor het opleggen van een gedwongen quarantaine bij. De C-ziekten kennen geen op het individu gerichte gedwongen maatregelen, maar alleen advisering en begeleiding van individuen en groepen.
- 3) Voor alle categorieën geldt een meldingsplicht, waarbij voor een A-ziekte de melding onverwijld wordt doorgegeven aan de gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: GGD).

Door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (hierna: RIVM) is een beslisschema opgesteld met een aantal vragen om te bepalen of een meldingsplicht geldt voor een infectieziekte. Hiervan is sprake als, kort weergeven:

- Het gaat om internationale afspraken, bijvoorbeeld dat de infectieziekte mogelijk internationale consequenties heeft en moet worden gemeld aan de WHO volgens de Internationale Gezondheidsregeling.
- De effectiviteit, bijvoorbeeld of er een kans is op substantiële morbiditeit en/of een potentieel capaciteitsprobleem voor ziekenhuizen en huisartsen, dan wel de vraag of de infectieziekte voortkomt uit een open bron waartegen de omgeving zich niet of moeilijk kan beschermen.
- De haalbaarheid, bijvoorbeeld of de werklast voor de publieke gezondheidszorgdiensten proportioneel is aan de uitkomsten voor de publieke gezondheid.
- Tot slot de noodzaak, bijvoorbeeld of de meldingsplicht onmisbaar is voor preventie en bestrijding en niet op een andere manier informatie kan worden verkregen.

Het volledige beslisschema bestaat sinds 2015 en is te raadplegen via de volgende link: <https://magazines.rivm.nl/2019/01/infectieziekten-bulletin/de-meldingsplichtprocedure-van-aanvraag-tot-wet>.

*In groep A vallen volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) de volgende infectieziekten: Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV), pokken, polio, Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) en virale hemorrhagische koorts. Hoe hoog is de mortaliteit van MERS-CoV, pokken, polio, SARS, Ebola, covid-19?*

De mortaliteit voor mensen besmet met het MERS-virus is ongeveer 35%, maar dit kan een overschatting zijn, omdat milde gevallen gemist worden in de bestaande surveillance systemen.

Voor pokken kan er onderscheid worden gemaakt in twee hoofdvormen van pokken: variola major en variola minor. Historisch gezien was de letaliteit in de partieel gevaccineerde populatie van variola minor minder dan 1%, terwijl de mortaliteit van variola major 30% was.

Bij polio komt de paralytische fase voor bij 0,5-1% van de infecties, de case fatality rate van patiënten in de paralytische fase is 2-10%, veroorzaakt door ademhalings- en/of slikverlammingen. De mortaliteit is dus maximaal 0,1%.

De WHO schat de kans op overlijden bij SARS op 11-15% (WHO-consensusdocument). Over het algemeen wordt gesproken van een case-fatality rate van 10%.

De mortaliteit bij mensen die ebola krijgen, is meer dan 50%.

De berekende mortaliteit in Nederland van covid-19 is 0,9%. Dit is een onderschatting, omdat overlijden door covid-19 niet meldingsplichtig is.

*In groep B1 vallen volgens de Wpg de volgende infectieziekten: een humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus, difterie, pest, rabiës en tuberculose. Hoe hoog is de mortaliteit van deze bovengenoemde B1-infectieziekten?*

Voor een humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus is geen mortaliteitscijfer te geven, het kan hierbij om zeer uiteenlopende virussen gaan.

De mortaliteit van difterie is afhankelijk van de vaccinatiestatus. Sterfte bij volledig gevaccineerden is extreem zeldzaam. De totale mortaliteit bij niet gevaccineerden bij difterie bedraagt 3-12%.

De mortaliteit van pest is afhankelijk van de vorm waarin deze voorkomt, deze is weer afhankelijk van de besmettingsweg. Er worden drie belangrijke vormen van humane pest onderscheiden: builenpest, sepsis en longpest. Builenpest is de meest voorkomende vorm van de ziekte (tot 96% van de gevallen). Zonder behandeling ontwikkelt zich in ongeveer 50% van de gevallen een septisch beeld. Vrijwel alle onbehandelde patiënten sterven aan septische shock. Indien bij longpest niet binnen 24 uur na optreden van de eerste ziekteverschijnselen een adequate behandeling wordt gestart is deze vorm van de ziekte nagenoeg altijd letaal. Pest is overigens, mits op tijd ontdekt, goed te behandelen.

De mortaliteit voor rabiës is, indien niet op tijd post-expositie behandeling wordt ingezet en zich verschijnselen voordoen, 100%.

Voor tuberculose geldt dat de mortaliteit in Nederland heel beperkt is, alleen als een tbc-patiënt niet of niet goed wordt behandeld, kan de ziekte dodelijk zijn.

*In groep B2 vallen volgens de Wpg volgende infectieziekten: buiktyfus, cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie, invasieve groep A streptokokkeninfectie en voedselinfectie, voor zover vastgesteld bij twee of meer patiënten met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. Hoe hoog is de mortaliteit van buiktyfus, cholera, hepatitis A, B en C, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, shigellose, shiga toxine*

*producerende escherichia (STEC)/enterohemorragische escherichia coli-infectie en invasieve groep A streptokokkeninfectie?*

De mortaliteit bij buiktyfus is afhankelijk van behandeling en omstandigheden. Zonder behandeling verloopt de aandoening in 10-25% van alle gevallen dodelijk ten gevolge van complicaties. Met behandeling sterft minder dan 1% van de patiënten.

Onbehandeld is de letaliteit van cholera omstreeks 2%.

De case fatality rate van hepatitis A is laag (0.3% - 0.6%), maar neemt toe met de leeftijd (tot 1.8% boven 50 jaar). Acute symptomatische HBV-infectie treedt op bij ongeveer 10% van de kinderen en 40% van de volwassenen met acute HBV-infectie. Bij een klinisch manifeste acute HBV-infectie is de mortaliteit ± 0,1%. Acute HCV verloopt hoogst zelden fulminant. Zonder behandeling slaagt 10-40% van de HCV-geïnfekteerden erin binnen 6 maanden het virus kwijt te raken. Een chronische infectie met HCV kan, wanneer er niet behandeld wordt na tientallen jaren leiden tot leverfibrose, levercirrose en dan is er een kans van 2-4% per jaar op ernstige complicaties, leverfalen en hepatocellulair carcinoom (HCC) en overlijden.

De mortaliteit bij kinkhoest is heel laag.

De case fatality rate voor mazelen voor kinderen <5 jaar is wereldwijd gemiddeld 3,3%, maar laat een grote spreiding zien. In Nederland is de kans om aan mazelen te overlijden naar schatting ongeveer één op de 10.000 patiënten, gebaseerd op de epidemieën van 1999/2000 en 2013/2104 en gecorrigeerd voor onderrapportage.

De mortaliteit van paratyfus is circa 1%.

De mortaliteit bij rubella, rode hond, is bijzonder laag.

De mortaliteit bij shigellose is zeer gering, een enkele maal wordt, bij ernstig immuno-incompetenten (bijv. hivinfectie), door *Shigella* spp. een sepsis veroorzaakt en kan de patiënt overlijden.

De mortaliteit bij STEC of EHEC wordt veroorzaakt door het optreden van HUS (haemolytisch uraemisch syndroom, 2-7% van de met geïnfekteerde personen ontwikkelt HUS. Meta-analyses van de langetermijnprognose bij diarreegeassocieerde HUS-patiënten laten zien dat gemiddeld 2-9% van deze patiënten overlijdt.

De mortaliteit bij invasieve streptokokken A is hoog. Voor fasciitis necroticans geldt dat de letaliteit hoog is, zelfs met de juiste antibiotische en agressief chirurgische therapieën bij Streptococcal Toxic Shock Syndrome is de letaliteit circa 50% en ook bij kraamvrouwenkoorts kan het beloop zeer fulminant zijn en zal zonder adequaat ingrijpen leiden tot orgaanhypoxie, metabole acidose, hypotensie, shock en uiteindelijk overlijden.

*Wanneer heeft de WHO covid-19 geplaatst op de lijst van infectieziekte A? De WHO heeft covid-19 later weer verwijderd van deze lijst. De leden van de PVV-fractie vernemen graag wanneer en met welke reden dat is geschied.*

Het aanwijzen van een ziekte als behorende tot groep A van infectieziekten van de Wpg is een nationale aangelegenheid. De WHO heeft covid-19 op 30 januari, na een tweede bijeenkomst van het IHR Emergency Committee aangewezen als een Public Health Emergency of International Concern (hierna: PHEIC). Dit comité is in juli 2021 nog bijeen geweest en heeft geadviseerd om covid-19 als PHEIC aan te blijven wijzen.

*De leden van de SGP-fractie vragen welke criteria worden gebruikt om een infectieziekte in te delen in categorie A, dan wel B of C. Zijn deze criteria in de Wpg (of de toelichting daarop) vastgelegd? Indien dit niet het geval is, kan de regering reflecteren op de vraag hoe wenselijk dat is?*

De indeling in groep A, B1, B2 of C in de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) is gerelateerd aan het volgende:

- 1) De vraag of landelijke regie door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) noodzakelijk wordt geacht. Als dat het geval is, dan wordt de ziekte in groep A ingedeeld.
- 2) De maatregelen gericht op individuen die potentieel noodzakelijk geacht worden om te kunnen worden opgelegd ter bescherming van de publieke gezondheid. Voor de B2-ziekten is dat een tijdelijk beroepsverbod. Voor B1-ziekten kan daarnaast een gedwongen onderzoek en gedwongen isolatie worden opgelegd en voor A-ziekten komt daar nog de mogelijkheid voor het opleggen van een gedwongen quarantaine bij. De C-ziekten kennen geen op het individu gerichte gedwongen maatregelen, maar alleen advisering en begeleiding van individuen en groepen.
- 3) Voor alle categorieën geldt een meldingsplicht, waarbij voor een A-ziekte de melding onverwijld wordt doorgegeven aan de gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: GGD).

Door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (hierna: RIVM) is een beslisschema opgesteld met een aantal vragen om te bepalen of een meldingsplicht geldt voor een infectieziekte. Hiervan is sprake als, kort weergeven:

- Het gaat om internationale afspraken, bijvoorbeeld dat de infectieziekte mogelijk internationale consequenties heeft en moet worden gemeld aan de WHO volgens de Internationale Gezondheidsregeling.
- De effectiviteit, bijvoorbeeld of er een kans is op substantiële morbiditeit en/of een potentieel capaciteitsprobleem voor ziekenhuizen en huisartsen, dan wel de vraag of de infectieziekte voortkomt uit een open bron waartegen de omgeving zich niet of moeilijk kan beschermen.
- De haalbaarheid, bijvoorbeeld of de werklast voor de publieke gezondheidszorgdiensten proportioneel is aan de uitkomsten voor de publieke gezondheid.
- Tot slot de noodzaak, bijvoorbeeld of de meldingsplicht onmisbaar is voor preventie en bestrijding en niet op een andere manier informatie kan worden verkregen.

Het volledige beslisschema bestaat sinds 2015 en is te raadplegen via de volgende link: <https://magazines.rivm.nl/2019/01/infectieziekten-bulletin/de-meldingsplichtprocedure-van-aanvraag-tot-wet>. Het opnemen van het beslisschema in de Wpg (of de toelichting daarop) maakt de transparantie omtrent deze afwegingen niet anders.

*De leden van de SGP-fractie vragen de regering tevens om toe te lichten hoe een infectieziekte wordt 'afgeschaald' van groep A naar groep B of C en welke praktische consequenties het inschalen in een andere categorie heeft. Kan de regering hierbij toelichten welke procedure is doorlopen om destijds de Mexicaanse griep (H1N1) af te schalen uit groep A? Welke criteria of argumenten zijn hier destijds voor gebruikt? Kan de regering aangeven of zij kan inschatten wanneer covid-19 uit groep A kan worden gehaald (en eventueel kan worden ingedeeld in een van de andere categorieën)? Bent u bereid om het OMT om advies te vragen onder welke epidemiologische omstandigheden dit mogelijk is?*

Zoals hiervoor aangegeven is het van belang of er sprake is van een meldingsplichtige infectieziekte. Bij een A-ziekte geldt een onverwijld meldingsplicht door de arts aan de GGD. Vervolgens is relevant of landelijke regie noodzakelijk is. Tot slot zijn de verschillende individuele maatregelen die potentieel noodzakelijk kunnen zijn voor de bestrijding relevant om te bepalen in welke categorie een infectieziekte wordt ingedeeld en indien relevant afgeschaald. Deze drie aspecten zijn tevens ook de praktische consequenties die zijn verbonden aan de indeling. Voor de indeling van een infectieziekte wordt het Outbreak Management Team (hierna: OMT) om advies gevraagd, zoals ook is gebeurd met covid-19. Op dit moment is het niet mogelijk om een inschatting te geven wanneer covid-19 niet meer als A-ziekte wordt aangemerkt. Uiteraard zal ik het OMT vragen om mij hierover te adviseren. Op dit moment acht ik het echter prematuur. In het 126<sup>e</sup> advies geeft het OMT<sup>3</sup> immers aan dat hij het belangrijk vindt om aan te geven dat de covid-19-epidemie, hoewel deze beland is in een andere fase, nog zeker niet voorbij is. Daarnaast is er volgens de WHO nog steeds sprake van een PHEIC. Bij het afschalen van de Mexicaanse griep is op advies van experts de inschaling aangepast. Het melden van elke individuele besmetting met H1N1 bij de GGD en het doormelden daarvan aan het RIVM hadden niet meer de juiste balans tussen toegevoegde waarde van de melding en administratieve last. Er was op dat moment sprake van een zeer grote uitbraak met zeer veel meldingen die enerzijds niet meer met bron- en contactonderzoek opgevolgd hoefden te worden en anderzijds was de vaccinatiecampagne in volle gang. Ook de ervaring met de jaarlijkse griepgolf speelde hierbij een rol.

*De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting aangaande de praktische consequenties van het indelen van covid-19 in groep A van de Wpg. Welke maatregelen kan de regering nemen op basis van categorisering in groep A? En kan de regering toelichten welke maatregelen zij niet zou kunnen nemen, indien covid-19 niet zou zijn ingedeeld in groep A, maar bijvoorbeeld in groep B of groep C (of helemaal niet zou zijn ingedeeld in enige categorie)?*

Door de aanwijzing van covid-19 als infectieziekte behorend tot groep A rust op een arts bij een vastgestelde<sup>4</sup> infectie de plicht om hiervan onverwijld melding te doen aan de GGD (artikel 22, eerste lid, Wpg). De GGD geeft op zijn beurt de

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2020/21, 25295, nr. 1422 en Kamerstukken I 2021-22, 35526, nr. CH.

<sup>4</sup> Normaliter geldt deze meldplicht ook bij een vermoede infectie, maar in het geval van covid-19 geldt op dat punt een vrijstelling van de meldingsplicht (Stcrt. 2021, 27881).

ontvangst van de melding onverwijld door aan het RIVM (artikel 28, eerste lid, Wpg) en aan de voorzitter van de veiligheidsregio en de burgemeester van de gemeente waarin de betrokken persoon zijn woon- of verblijfplaats heeft (artikel 27, eerste lid, Wpg). Deze meldingen zijn noodzakelijk om tijdig op individueel dan wel op collectief niveau te kunnen optreden om verspreiding van het virus zoveel als mogelijk te voorkomen of te beperken. Ten aanzien van infectieziekten die behoren tot de groepen B1, B2 of C gelden vergelijkbare meldplichten, zij het met een ruimere termijn. Voor de melding door de arts aan de GGD en de melding door de GGD aan het RIVM geldt een termijn van 24 uur (artikelen 22, tweede en derde lid, en 28, tweede lid, Wpg), de melding aan de voorzitter van de veiligheidsregio en de burgemeester door de GGD dient 'zo spoedig mogelijk' te worden gedaan (artikel 27, vijfde lid, Wpg).

Een aanwijzing als infectieziekte behorend tot groep A activeert voorts alle bestrijdingsbevoegdheden uit hoofdstuk V van de Wpg. Het gaat daarbij om maatregelen gericht op het individu, waaronder isolatie, medisch onderzoek en quarantaine<sup>5</sup> (paragrafen 3 en 4), maatregelen gericht op gebouwen, goederen en vervoermiddelen (paragraaf 5) en maatregelen gericht op havens en luchthavens (paragraaf 6). Ingeval van een infectieziekte behorend tot een van de andere groepen treedt een verschil op ten aanzien van de maatregelen gericht op het individu. Zo kan de maatregel van isolatie (artikel 31 Wpg) alleen worden ingezet bij een infectieziekte behorend tot groep A of B1, terwijl de maatregel van quarantaine (artikel 35 Wpg) alleen bij een infectieziekte behorend tot groep A kan worden toegepast. Een verbod op beroepsuitoefening is alleen mogelijk bij een infectieziekte behorend tot groep A, B1 of B2 (artikel 38 Wpg). Bij een infectieziekte behorend tot groep C kunnen niet dwingend maatregelen aan een individu worden opgelegd.

Verder geldt dat ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan, de minister van VWS de leiding heeft over de bestrijding daarvan en dat de voorzitter van de veiligheidsregio zorg dient te dragen voor de bestrijding (artikelen 7, eerste lid, en 6, vierde lid, Wpg). Op grond van hoofdstuk II van de Wpg zijn de voorzitters van de veiligheidsregio's – naast hun bevoegdheden op het terrein van de openbare orde en rampenbestrijding op grond van de Wet veiligheidsregio's – bevoegd tot het treffen van een aantal maatregelen als bedoeld in hoofdstuk V van de Wpg (artikel 6, vierde lid, Wpg).<sup>6</sup> De minister van VWS is bevoegd de voorzitters van de veiligheidsregio's opdracht te geven hoe de bestrijding ter hand te nemen (artikel 7, eerste lid, Wpg), waarbij hij de voorzitters kan opdragen om bepaalde maatregelen te nemen of (nog) niet te nemen. Onder die maatregelen worden mede begrepen de hiervoor genoemde maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V van de Wpg. Op basis van de Veiligheidswet BES geldt in Caribisch Nederland geen structuur van veiligheidsregio's; de gezaghebbers van de openbare lichamen dienen zorg te dragen voor de bestrijding van de epidemie en zij informeren de eilandsraden (artikel 68a, onderdeel d, in samenhang met artikel 6, vierde lid, Wpg). De minister van VWS kan ook ten aanzien van Caribisch Nederland opdrachten geven hoe de bestrijding ter hand te nemen.

---

<sup>5</sup> Ter verduidelijking in relatie tot covid-19: het gaat hier om de 'klassieke' quarantaineregeling. De quarantaineplicht voor inkomende reizigers uit bepaalde risicogebieden is vervat in hoofdstuk Va van de Wpg (artikel 58nb e.v.).

<sup>6</sup> Zie bijvoorbeeld de artikelen 31, 35, 47, 51, 54, 55 en 56 Wpg.

Ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot een van de andere groepen is landelijke aansturing niet voorgeschreven, maar is het de burgemeester die zorg dient te dragen voor de bestrijding.<sup>7</sup>

## **Verhouding tot Twm**

*De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (Twm) zich verhoudt tot de inschaling van covid-19 in groep A van de Wpg. Klopt het dat de Twm eigenlijk niet gegrond is op inschaling in groep A van de Wpg, maar een eigen onderbouwing kent (artikel 58b Twm)? Kan de regering aangeven welke maatregelen om het coronavirus tegen te gaan niet gebaseerd zijn op de Twm, maar wél mogelijk zijn op basis van inschaling in groep A van de Wpg? De leden van de SGP-fractie vragen hierbij specifiek naar de rol van de voorzitters van de veiligheidsregio's bij zowel maatregelen gegrond op de huidige Twm als maatregelen op basis van categorisering in groep A van de Wpg.*

Het met de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (hierna: Twm) aan de Wpg toegevoegde hoofdstuk Va bevat de wettelijke basis voor beperkende maatregelen specifiek ter bestrijding van de epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan (artikel 58b, eerste lid, Wpg). Hoofdstuk Va vormt een specifieke regeling (lex specialis) voor de bestrijding van de epidemie ten opzichte van artikel 7 van de Wpg. Met de inwerkingtreding van de Twm kon worden afgestapt van maatregelen op basis van de noodverordeningen van de voorzitters van de veiligheidsregio's en de gezaghebbers van de Caribische openbare lichamen. Daarnaast is met de Twm aangesloten bij de reguliere bestuurlijke verhoudingen, waardoor bevoegdheden in beginsel op gemeentelijk niveau zijn komen te liggen, met de controlemogelijkheden van de gemeenteraad, in plaats van bij de voorzitters van de veiligheidsregio's. Buiten de Twm zijn het de hiervoor genoemde onverwijld meldplichten (artikelen 22 e.v. Wpg) die een cruciaal instrument vormen om ontwikkelingen in de epidemiologische situatie nauwgezet te kunnen volgen. Deze onverwijld meldplichten zijn gebaseerd op de aanwijzing van covid-19 als infectieziekte behorend tot groep A. Daarnaast blijft de bevoegdheid voor de voorzitter van de veiligheidsregio's, zoals hiervoor ook beschreven, bestaan. Het gaat daarbij om maatregelen gericht op het individu, waaronder isolatie, medisch onderzoek en quarantaine<sup>8</sup> (paragrafen 3 en 4), maatregelen gericht op gebouwen, goederen en vervoermiddelen (paragraaf 5) en maatregelen gericht op havens en luchthavens (paragraaf 6).

Indien de Twm komt te vervallen, laat dit de aanwijzing van covid-19 als infectieziekte behorend tot groep A onverlet. Op grond van hoofdstuk II van de Wpg blijft de leiding over de bestrijding van de epidemie bij de minister van VWS liggen, maar zijn het (weer) de voorzitters van de veiligheidsregio die zorg dienen te dragen voor die bestrijding (artikelen 7, eerste lid, en 6, vierde lid, Wpg). De minister van VWS is bevoegd de voorzitters van de veiligheidsregio's opdracht te geven hoe de bestrijding ter hand te nemen (artikel 7, eerste lid, Wpg). Op basis van de Veiligheidswet BES geldt in Caribisch Nederland geen structuur van veiligheidsregio's; de gezaghebbers van de openbare lichamen dienen zorg te dragen voor de bestrijding van de epidemie en zij informeren de eilandsraden

---

<sup>7</sup> Een burgemeester kan wel de minister van VWS verzoeken om de leiding op zich te nemen in geval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1 of B2 (artikel 7, tweede lid, Wpg).

<sup>8</sup> Ter verduidelijking in relatie tot covid-19: het gaat hier om de 'klassieke' quarantaineregeling. De quarantaineplicht voor inkomende reizigers uit bepaalde risicogebieden is vervat in hoofdstuk Va van de Wpg (artikel 58nb e.v.).



(artikel 68a, onderdeel d, in samenhang met artikel 6, vierde lid, Wpg). De minister van VWS kan ook ten aanzien van Caribisch Nederland opdrachten geven hoe de bestrijding ter hand te nemen.

*Indien de Twm komt te vervallen, is de regering dan nog van plan om maatregelen te blijven treffen om het coronavirus te bestrijden, daarbij gebruikmakend van inschaling van covid-19 in groep A van de Wpg, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Is de regering van plan om het niet langer verlengen van de Twm samen te laten vallen met het afschalen van covid-19 uit groep A?*

De Twm kan worden verlengd als er sprake is van een epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan. De regering weegt hierbij telkens af, mede op basis van advies van het OMT, of verlenging van de Twm of delen daarvan noodzakelijk is. Daarbij is geen directe link gelegd met de status van covid-19 als A-ziekte.

### **Afschaling zorg en orgaantransplantatie**

*Om covid-19-patiënten te kunnen behandelen hebben ziekenhuizen vanwege de capaciteit de reguliere zorg afgeschaald. Betreft dat ook het uitnemen van donororganen en het transplanteren van donororganen? De leden van de PVV-fractie krijgen graag een overzicht van het aantal organen dat gedoneerd is in 2019, 2020 en (deels) 2021 en het aantal organen dat getransplanteerd is in de Nederlandse ziekenhuizen. Zij krijgen graag een uitsplitsing per orgaan.*

Hieronder zijn de door de leden van de PVV-fractie gevraagde gegevens over de in de genoemde jaren uitgenomen en getransplanteerde organen weergegeven. Het overzicht omvat de gegevens van postmortaal gedoneerde nieren, harten, longen en levers, en bij leven gedoneerde nieren en levers. Het verschil tussen het aantal postmortaal uitgenomen organen en het aantal getransplanteerde organen heeft meestal een medische reden. Er is dan na uitname van een orgaan een contra-indicatie vastgesteld bij de donor of de ontvanger waardoor transplantatie niet mogelijk is.

Zoals de Nederlandse Transplantatie Stichting recent heeft bericht<sup>9</sup>, heeft de corona-epidemie met name tijdens de eerste golf impact gehad op het donatie- en transplantatieprogramma. Na een aanvankelijke daling van het aantal donaties en transplantaties is dit jaar een goed herstel te zien.

<b>2019</b>	<b>Uitgenomen organen</b>	<b>Getransplanteerde organen</b>
<i>Postmortaal</i>		
Nier	476	445
Hart	44	40
Long	205	191
Lever	193	165
<i>Donatie bij leven</i>		
Nier		502
Lever		22

<sup>9</sup> Zie: [9 oktober Europese Donordag: Coronapandemie had impact op donaties en transplantaties | Nederlandse Transplantatie Stichting](#).

<b>2020</b>	<b>Uitgenomen organen</b>	<b>Getransplanteerde organen</b>
<i>Postmortaal</i>		
Nier	467	435
Hart	40	38
Long	189	181
Lever	185	166
<i>Donatie bij leven</i>		
Nier		375
Lever		24

<b>t/m sep. 2021</b>	<b>Uitgenomen organen</b>	<b>Getransplanteerde organen</b>
<i>Postmortaal</i>		
Nier	352	321
Hart	47	31
Long	156	142
Lever	149	104
<i>Donatie bij leven</i>		
Nier		311
Lever		25

Met het voorgaande hoop ik de bij de leden van de betreffende fracties nog bestaande vragen en onduidelijkheden te hebben weggenomen.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge