

Vergaderjaar 2009–2010

**32 195**

## **Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **I ALGEMEEN**

##### **1 Aanleiding**

Dit voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid bestaat uit vier aspecten. Het eerste aspect en tevens de belangrijkste aanleiding voor de voorgestelde wetswijziging, gaat over de voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken. Het tweede aspect betreft enige overige wijzigingen inzake de infectieziektebestrijding. Het derde aspect betreft het versterken van de zogenaamde preventiecyclus en het bevorderen van de uitvoering van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Het vierde aspect is het opnemen van een gemeentelijke taak voor het bieden van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.

##### **2 De voorbereiding op grootschalige publieke gezondheidscrisis**

###### *2.1 Inleiding*

Met de uitbraak van SARS in 2004 kwam de infectieziektedreiging weer prominent op de mondiale agenda. Het werd pijnlijk duidelijk hoe snel een ernstige infectieziekte zich, met het toegenomen internationale verkeer, wereldwijd kan verspreiden. De dreiging van een ernstige griep пандеміе heeft er in 2008 toe geleid dat deze door het kabinet bovenin de lijst is gezet van meest risicovolle dreigingen in de Nationale Risicobeoordeling. Op het moment van schrijven van deze toelichting krijgt de dreiging van een pandemische uitbraak van Nieuwe Influenza A (H1N1) volop de aandacht. Met de Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) is de wettelijke infrastructuur aangepast aan de (inter)nationale noodzaak daartoe. In het kielzog van nieuwe taken en bevoegdheden heeft ook de gemeentelijke gezondheidsdienst (hierna: GGD), als uitvoerder van de infectieziektebestrijding, een belangrijker rol gekregen.

In dit hoofdstuk wordt eerst de samenhang met het voorstel voor een Wet veiligheidsregio's (kamerstukken II 2007–2008, 31 117) (hierna: Wvr) beschreven en aangegeven waarom het noodzakelijk is dat deze wet en de

Wpg goed op elkaar aansluiten. Tot slot wordt aangegeven hoe de gewenste samenhang met de Wvr via dit voorstel wordt vormgegeven.

## *2.2 Samenhang opgeschaalde publieke gezondheidszorg met crisisbeheersing*

### 2.2.1 Wvr – schaalvergroting crisisbeheersing

De Wvr regelt onder meer de voorbereiding bij rampenbestrijding, crisisbeheersing en geneeskundig hulpverlening, alsmede het optreden bij bovenlokale rampen en crises ten aanzien van de aspecten openbare orde en veiligheid. De organisatie van de rampen- en crisisbeheersing wordt regionaal aangepakt vanuit de gedachte dat de gemeentelijke schaal te klein is om een ramp of een crisis aan te kunnen.

#### *Introductie bestuur van de veiligheidsregio*

Met de Wvr wordt de voorbereiding op de bestrijding van branden, rampenbestrijding en crisisbeheersing opgedragen aan het bestuur van de veiligheidsregio. In dit bestuur hebben alle burgemeesters van de gemeenten uit de betreffende regio zitting. De leiding van de rampenbestrijding en crisisbeheersing, zoals gedefinieerd in de Wvr, ligt bij bovenlokale rampen en crises op grond van de Wvr bij de voorzitter van de veiligheidsregio, tevens de korpsbeheerder van het regionale politiekorps.

#### *Congruentie werkgebieden van hulpverleningsdiensten*

De Wvr regelt ook dat, onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio, de hulpverleningsdiensten politie, brandweer en GHOR-organisatie op eenzelfde schaalgrootte functioneren (25 hulpverleningsregio's). Met de nieuwe Wet ambulancezorg wordt de regionale ambulancevoorziening ook op de schaal van de politie- en veiligheidsregio's georganiseerd.

### 2.2.2 Relatie Wvr – Wpg

Het is om verschillende redenen van groot belang dat de Wpg goed aansluit bij de Wvr. De Wvr regelt dat het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk is voor de voorbereiding op rampenbestrijding en crisisbeheersing en dat de voorzitter van de veiligheidsregio ten behoeve van de rampenbestrijding en crisisbeheersing bij bovenlokale rampen en crises verantwoordelijk is voor het uitoefenen van bevoegdheden ter zake van openbare orde en veiligheid. Het is zeer waarschijnlijk dat een grootschalige uitbraak van een infectieziekte maatschappelijke ontwrichting tot gevolg heeft. Handhaving van de openbare orde en de bestrijding van de grootschalige infectieziekte-uitbraak dienen dan hand in hand te gaan. Een effectieve beheersing van een dergelijke grootschalige uitbraak staat of valt dan met het vertrouwen van de bevolking in een eensluidend optredende overheid. De kans dat maatregelen, die nodig zijn om de infectieziekte-uitbraak te kunnen beheersen, worden opgevolgd, is sterk afhankelijk van het gezag van deze overheid. Deze is op haar beurt afhankelijk van de mate waarin zij de openbare orde weet te handhaven. Daarom moeten de bevoegdheden ten aanzien van het handhaven van de openbare orde en de bestrijding van een grootschalige infectieziekte-uitbraak in één hand worden gelegd. Dit wordt gerealiseerd met een aanpassing van de Wpg via een ander wetsvoorstel, te weten: het voorstel voor een aanpassing van wetten aan de Wet veiligheidsregio's (kamerstukken II, 2008–2009, 31 968). De voorbereiding op een dergelijke uitbraak dient hierop aansluitend ook op hetzelfde niveau ter hand te worden genomen.

In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan wat dit dient te betekenen voor de rol van het bestuur van de veiligheidsregio ter zake van een infectieziekte-crisis.

Daarnaast is het van belang te regelen dat de werkgebieden van de GGD, als publieke hulpverleningsdienst, overeenkomen met de werkgebieden van de overige publieke hulpverleningsdiensten in de veiligheidsregio's. Op deze manier wordt gewaarborgd dat in de veiligheidsregio door de bestuurlijk verantwoordelijken en hun uitvoerders optimaal kan worden afgestemd over de inzet bij volksgezondheids crises, waarmee ook de slagkracht kan worden vergroot. Deze congruentie van werkgebieden wordt in het onderhavige wetsvoorstel geregeld. In paragraaf 2.4 wordt hierop nader ingegaan.

Bovengenoemde ontwikkelingen dienen er verder toe te leiden dat «de witte kolom» met slagkracht wordt gepositioneerd naast politie en brandweer opdat de veiligheidsregio ook bij een grootschalige infectieziekte-uitbraak adequaat kan opereren. De relatie tussen de opgeschaalde publieke gezondheidszorg en de crisisbeheersing kan ook operationeel nog verder worden versterkt door het positioneren van de «directeur publieke gezondheid». Op dat laatste punt wordt in paragraaf 2.5 ingegaan.

### *2.3 Rol bestuur van de veiligheidsregio*

#### *Voorzitter van de veiligheidsregio*

Zoals hierboven aangegeven, wordt reeds via het voorstel voor een aanpassing van wetten aan de Wet veiligheidsregio's (de invoeringswet van de Wvr) de Wpg aangepast en krijgt de voorzitter van de veiligheidsregio (in plaats van de burgemeester) de taak en de bevoegdheden om de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A of een directe dreiging daarvan ter hand te nemen. Ten behoeve van deze bestrijding wordt de voorzitter van de veiligheidsregio bij uitsluiting bevoegd om, in plaats van de burgemeester, toepassing te geven aan de maatregelen van hoofdstuk V van de Wpg. De reden voor het overhevelen van deze bevoegdheid van burgemeester naar voorzitter van de veiligheidsregio is dat aldus verzekerd wordt dat deze crisisbevoegdheid en het gezag inzake de openbare orde in één hand blijft indien eenhoofdig bovenlokaal gezag vereist is.

De infectieziekten behorende tot groep A zijn momenteel: Nieuwe Influenza A (H1N1)<sup>1</sup>, pokken, polio en severe acute respiratory syndrome (SARS). Met het onderhavige voorstel wordt daaraan virale hemorrhagische koorts toegevoegd, waarover hieronder meer. Via de Wpg kunnen infectieziekten uit een andere categorie of die daarin niet zijn opgenomen, dan wel ziektebeelden met een volgens de stand van de wetenschap onbekende oorzaak, waarbij een gegronde vermoeden bestaat van besmettelijkheid en ernstig gevaar voor de volksgezondheid, door de Minister van VWS zeer snel worden aangemerkt als behorende tot groep A en aldus onder de werking van de wet worden gebracht.

Zodra er sprake is van de bestrijding van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan, heeft de Minister van VWS de leiding over de bestrijding. Dat betekent dat de minister het kader voor de bestrijding vaststelt, met andere woorden: aanwijzingen geeft over het te voeren bestrijdingsbeleid. De voorzitter van de veiligheidsregio blijft samen met de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering van de daadwerkelijke bestrijding en heeft ook de eindverantwoordelijkheid over individuele gevallen.

#### *Bestuur van de veiligheidsregio*

Met het toedelen van bovengenoemde taak aan de voorzitter van de

---

<sup>1</sup> Nieuwe Influenza A (H1N1) wordt toegevoegd via een wijziging van de Wet publieke gezondheid tot incorporatie van de Regeling Mexicaanse griep (Kamerstukken II, 2008–2009, 31 978).

veiligheidsregio, is het nodig om de voorbereiding op een grootschalige infectieziekte-uitbraak ook te beleggen op het niveau waarop de voorzitter optreedt, namelijk de veiligheidsregio. Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio wordt met dit voorstel daarom verantwoordelijk voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat. Nieuwe Influenza A (H1N1) is al opgenomen in groep A. Andere nieuwe subtypen humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat (zoals een H5N1 variant), zijn er nog niet en daarom nog niet opgenomen in groep A. Zodra een dergelijk virus zich zal voordoen, zal het worden opgenomen in groep A en zal de bestrijding onder leiding van de Minister van VWS op niveau van de veiligheidsregio plaats vinden.

Het bestuur van de veiligheidsregio's krijgt een taak op het punt van grootschalige infectieziekte-uitbraken op dezelfde schaalgrootte als de rampen- en crisisbeheersing. Aldus sluit deze zorg ook meer aan op de rampenbestrijding en crisisbeheersing. De GGD blijft voor alle duidelijkheid altijd verantwoordelijk voor de operationele voorbereiding en uitvoering van de gehele infectieziektebestrijding, dus ook voor de grootschalige infectieziekte-uitbraken.

#### *Aansturing van het bestuur van de veiligheidsregio door de minister van VWS*

Met het onderhavige voorstel kan de minister van VWS zonodig het bestuur van de veiligheidsregio aanwijzingen geven en op te dragen om bepaalde maatregelen te treffen inzake de voorbereiding van bovengenoemde bestrijding. Nu kan de minister dit doen ten aanzien van de colleges van burgemeester en wethouders. Met de verschuiving van deze taak naar het bestuur van de veiligheidsregio dient ook deze bevoegdheid van de minister mee te bewegen.

#### *Crisisplannen*

Met bovengenoemde verantwoordelijkheid voor het bestuur van de veiligheidsregio, dient het bestuur het aspect van grootschalige infectieziektebestrijding ook te verankeren in de vierjaarlijkse crisisplannen die het bestuur op grond van de Wvr dient vast te stellen. In dat crisisplan zullen de taken en bevoegdheden voor deze infectieziektebestrijding, alsmede de organisatie daarvan moeten worden uitgewerkt. Het is met name van belang om een goede afstemming tussen de mogelijke medische en bestuurlijke aspecten te bewerkstelligen. Relevante partijen ter zake lopen uiteen van RIVM/GGD/GHOR tot politie en leger.

Dat deel van het crisisplan dat betrekking heeft op een grootschalige infectieziekte-uitbraak dient door het bestuur van de veiligheidsregio te worden vastgesteld in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD. Dit zal ertoe leiden dat reguliere taken en opgeschaalde taken nadrukkelijk met elkaar in verband moeten worden gebracht. Het bestuur van de veiligheidsregio, verantwoordelijk voor het opgeschaalde publieke gezondheidsbeleid, zal het bestuur dat verantwoordelijk is voor het reguliere publieke gezondheidsbeleid moeten betrekken bij het opgeschaalde publieke gezondheidsbeleid. Vanuit de gedachte dat reguliere en opgeschaalde zorg één op één in elkaar overgaan, mag worden verwacht dat dit een positieve uitwerking heeft voor de voorbereiding op een grootschalige infectieziekte-uitbraak.

#### *2.4 Congruentie van werkgebieden GGD en veiligheidsregio's*

Zoals hierboven is beschreven wordt met de Wvr gebiedscongruentie

beoogd voor hulpverleningsdiensten. Via de Wet ambulancezorg worden de diensten regionale ambulancevervoer ook op dat niveau in hun uitvoering georganiseerd. De publieke gezondheidszorg maakt echter op basis van de Wvr slechts ten dele onderdeel uit van de veiligheidsregio's, namelijk als onderdeel van de GHOR. Door nu de voorzitter van de veiligheidsregio in plaats van de burgemeester te belasten met de bestrijding van grootschalige infectieziekte-uitbraken en het bestuur van de veiligheidsregio in plaats van het college van burgemeester en wethouders met de voorbereiding daarop, wordt de positie van de GGD in de veiligheidsregio vergroot. De GGD ondersteunt immers het bestuur van de veiligheidsregio voor deze taak. Het is belangrijk dat de GGD daarom op dezelfde schaalgrootte als de veiligheidsregio wordt georganiseerd. Hiermee kan het bestuur eenduidig worden ondersteund en wordt de samenwerking tussen alle publieke hulpverleningsdiensten vergemakkelijkt. Binnen de GGD regio's heeft al een voortdurende schaalvergroting plaatsgehad vanuit het oogpunt om de benodigde expertise te bundelen en te waarborgen. De regio's hebben deze schaalvergroting nagenoeg vanuit hun verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke taakuitvoering autonoom doorgevoerd. Met dit wetsvoorstel wordt de territoriale congruentie vastgelegd.

### *2.5 Directeur publieke gezondheid*

Het bovenstaande, de taak voor het bestuur van de veiligheidsregio's en de gebiedscongruentie van GGD'en en veiligheidsregio's, vraagt ook om herbezinning van de eerder ingezette lijn om de publieke gezondheidszorg in opgeschaalde vorm operationeel af te zonderen van de publieke gezondheidszorg in reguliere vorm. Voor een goed begrip van de meerwaarde van deze toenmalige keuze, volgt eerst een beschrijving van de geschiedenis van de geneeskundige hulpverlening. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen die sindsdien in de publieke gezondheidszorg hebben plaatsgehad.

#### *Geschiedenis*

De grootschalige geneeskundige hulpverlening was ooit een Rijksverantwoordelijkheid en was belegd bij de Organisatie Bescherming Bevolking en bij het Korps Mobiele Colonnies. Het grote nadeel van deze constructie was dat het geen parate organisaties waren, terwijl juist bij hulpverlening direct optreden van levensbelang is. Reguliere zorg en crisisbeheersing moeten naadloos in elkaar overlopen. In de jaren tachtig is besloten om de rampenbestrijding uit te laten voeren door reguliere operationele organisaties zoals de brandweer, de ambulancediensten en de GGD'en en de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de grootschalige geneeskundige hulpverlening te beleggen bij de gemeenten. De GGD'en waren op andere schaal georganiseerd dan de brandweer, politie en ambulancezorg en werden op andere wijze aangestuurd. Binnen de GGD'en was onvoldoende aandacht voor deze taak. Dreiging werd anders opgevat en samenwerking met de private partijen werd vanuit de reguliere situatie nog niet als noodzakelijk gevoeld. Ook was de GGD nog veelal op gemeentelijk niveau georganiseerd en niet regionaal, zoals de politie en een gedeelte van de brandweer dat wel waren. Hierdoor was het moeilijk afspraken te maken met deze partners in de crisisbeheersing. Dit was (onder meer) aanleiding voor het tot stand brengen van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (hierna: Wet GHOR).

Een andere aanleiding voor de Wet GHOR was dat de opbouw van de GGD regio's onvoldoende tot stand kwam. Dit was mede het gevolg van een gebrek aan bestuurlijke aandacht en het ontbreken van een gemeenschappelijk gedragen doel voor geneeskundige hulpverlening bij rampen

en zware ongevallen. Laatstgenoemde hulpverlening is opgeschaalde reguliere zorg. De reguliere hulpverlening van ongevallen moet de basis zijn van deze opgeschaalde zorg. De kwaliteit van zorg dient in alle situaties zoveel mogelijk gelijk te zijn. De Wet GHOR heeft tot doel de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen te organiseren en daarbij de samenwerking met politie en brandweer te bevorderen. Daarom werden er met de politieregio's congruente GHOR-regio's ingericht onder verantwoordelijkheid van een eigen bestuur, samengesteld uit vertegenwoordigers van de colleges van burgemeester en wethouders van de aangesloten gemeenten uit de regio's. De operationele leiding van de GHOR-organisatie kwam te liggen bij Regionaal Geneeskundig Functionaris (hierna: RGF) onder aansturing van het bestuur van de GHOR-regio.

De GGD van vandaag is een andere organisatie dan tien jaar geleden. De GGD'en zijn nu overwegend regionaal georganiseerd. Daarnaast is de kwaliteit verbeterd, mede dankzij de ondersteuning van het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) en het Centrum voor Gezondheid en Milieu (CGM), beide behorende tot het RIVM. Ook wordt de voorbereiding op rampen en crises serieus genomen: er zijn rampenopvangplannen ontwikkeld en er zijn opleiding, training en oefenplannen opgesteld in samenhang met de overige gezondheidszorgpartijen. Deze worden dan ook gezamenlijk geïmplementeerd en binnen elk van de tien traumaregio's beoefend.

#### *Overheveling van de GHOR uit de Wet GHOR naar de Wvr*

Met de Wvr komt de GHOR-organisatie onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio en wordt de operationele leiding uitgeoefend door de directeur GHOR. De hoofdtaak van de directeur GHOR (de opvolger van de RGF) blijft de samenwerking binnen de geneeskundige hulpverlening te organiseren ter voorbereiding op de daadwerkelijke grootschalige geneeskundige inzet bij de bestrijding van een ramp (waaronder begrepen een zwaar ongeval) of crisis, afgestemd met de andere hulpverleningsdiensten, zoals brandweer en politie. In geval van een calamiteit staat de directeur GHOR, als operationeel geneeskundig leider, rechtstreeks onder het gezag van een burgemeester respectievelijk voorzitter van de veiligheidsregio. Met de Wvr blijft echter de organisatorische scheiding tussen reguliere en opgeschaalde publieke gezondheidszorg bestaan.

#### *Operationele scheiding tussen reguliere en opgeschaalde publieke gezondheidszorg*

De GGD is binnen de *publieke* gezondheidszorg verantwoordelijk voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding onder aansturing van het college van burgemeester en wethouders. De GHOR is verantwoordelijk voor de coördinatie van de opgeschaalde *publieke en private* gezondheidszorg. In de opgeschaalde *publieke* gezondheidszorg, zoals bij (een dreiging van) een grootschalige infectieziekte-uitbraak, raken deze taakvelden elkaar. De arts infectieziektebestrijding/directeur GGD geeft op basis van de Wpg een inhoudelijk advies aan de betreffende burgemeester (en straks ook aan de voorzitter van de veiligheidsregio) over de te nemen maatregelen. De directeur GHOR adviseert op basis van de Wvr de burgemeester of de voorzitter van de veiligheidsregio over de coördinatie van de inzet van gezondheidszorg. In dergelijke situaties zou de bestuurder te maken krijgen met twee adviseurs op bijna hetzelfde gebied. Dit kan mogelijk leiden tot verschillende of zelfs tegenstrijdige adviezen. Dit kan worden weggenomen door te komen tot één adviseur voor beide gebieden. Dit komt de eenduidigheid in aanpak ten goede. Een belangrijk aspect dat juist in een crisissituatie goed geregeld dient te zijn.

### *Eén directeur publieke gezondheid*

Op basis van bovenstaande argumenten is er dus veel voor te zeggen om naast de in voorgaande paragrafen beschreven bestuurlijke en territoriale knip ook de organisatorische knip op te heffen. Daarom wordt een éénhoofdig operationele leiding van de GGD en GHOR voorgesteld, vormgegeven in een nieuwe functie: de directeur publieke gezondheid. Dit staat niet in de weg aan het inrichten van een meerhoofdige directie van GGD en GHOR, zolang de verantwoordelijkheid voor de leiding van GGD en GHOR berust bij de directeur publieke gezondheid. Het gehele pakket van publieke gezondheidstaken: regulier, opgeschaald, alsook de taken uit het grensgebied wordt in één ondeelbare hand gelegd. De publieke gezondheid krijgt hiermee één gezicht, zowel in de interne crisisorganisatie als in de gesprekken en afspraken met de overige gezondheidszorgverleners. De directeur publieke gezondheid wordt namens het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk voor het maken van afspraken met de (private) zorgketen. Voor zowel de GGD als de GHOR levert dit naast het oplossen van het geschetste probleem nog extra voordelen op. De GHOR krijgt een grote reguliere organisatie naast zich terwijl de GGD makkelijker ingang krijgt in de acute zorgketen.

Deze directeur publieke gezondheid geeft leiding aan twee organisaties onder twee verschillende besturen. Beide besturen dienen hun verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Daarom wordt met dit wetsvoorstel geregeld dat de benoeming van de directeur publieke gezondheid dient te geschieden door het algemeen bestuur van de GGD in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio. Dit versterkt nog meer de ongedeelde aanpak van publieke gezondheidszorg door het openbaar bestuur.

Verder zal de directeur publieke gezondheid naar verwachting een rol krijgen bij het opstellen van het onder 2.3 genoemde crisisplan. Hij kan er mede voor zorgen dat reguliere publieke gezondheidsaspecten voldoende terugkomen in de crisisplannen en dat er met de gemaakte afspraken in het crisisplan rekening wordt gehouden bij de uitvoering van het reguliere publieke gezondheidsbeleid.

### **3 Overige wijzigingen infectieziektebestrijding**

In het onderhavige voorstel worden nog een tweetal andere wijzigingen op het terrein van de infectieziektebestrijding doorgevoerd.

#### *Uitbreiding infectieziekten behorende tot groep A met virale hemorragische koorts*

De categorie infectieziekten behorende tot groep A bestaat momenteel uit: Nieuwe Influenza A (H1N1)<sup>1</sup>, pokken, polio en severe acute respiratory syndrome (SARS). Met het onderhavige voorstel wordt daaraan virale hemorragische koorts toegevoegd. In 2008 is een met het Marburgvirus (een virale hemorragische koorts, zoals ook Ebola) geïnfecteerd persoon in Nederland geconstateerd. Virale hemorragische koorts is momenteel een infectieziekte behorende tot groep B1. De ervaring met het behandelen van deze casus heeft evenwel aangetoond dat onverwijld melding bij vermoeden nodig is in verband met het opleggen van de maatregel van isolatie. Ook dient het contactonderzoek onmiddellijk te worden gestart. Een onverwijld melding is verplicht bij infectieziekten behorende tot groep A, terwijl bij infectieziekten behorende tot groep B1 een melding binnen 24 uur dient te geschieden. Voorts zullen quarantainemaatregelen en medische controles nodig kunnen zijn als mogelijk geïnfecteerde personen, zoals in de Marburgcasus het geval was, tegen het advies in toch willen gaan reizen. Quarantaine kan echter alleen worden opgelegd

---

<sup>1</sup> Zie noot 1.

aan een persoon die (mogelijk) contact heeft gehad met iemand die (vermoedelijk) is geïnfecteerd met een ziekte behorend tot groep A.

*Het melden van (vermoedelijke) gevallen van een humane infectie veroorzaakt door een dierlijk influenzavirus*

Met de totstandbrenging van de Wet publieke gezondheid is een humane infectie, veroorzaakt door een aviair influenzavirus, in categorie B1 ingevoegd. De reden daarvoor was de implementatie van de nieuwe Internationale Gezondheidsregeling. Ter verbetering van de meldings- en bestrijdingssystematiek en om adequaat te kunnen voldoen aan de verplichtingen uit de Internationale Gezondheidsregeling dient deze omschrijving bij nader inzien te worden geherformuleerd.

Gelet op de mogelijkheid dat nieuwe humane infecties kunnen worden veroorzaakt door diverse dierlijke influenzavirussen, wordt met dit voorstel de omschrijving van een humane infectie, veroorzaakt door een aviair influenzavirus, gewijzigd in een humane infectie, veroorzaakt door een *dierlijk* influenzavirus. Dit brengt een dergelijk geval onder de meldingsplicht en opent de mogelijkheid van het opleggen van de maatregel van isolatie aan iemand die hieraan lijdt. Aanvankelijk werd ook het griepvirus Nieuwe Influenza A (N1H1) beschouwd als een humane infectie, veroorzaakt door (grotendeels) een varkens influenzavirus. Inmiddels wordt dit virus beschouwd als een nieuw menselijk influenzavirus.

Verder dient een enkel vermoeden van de aanwezigheid van een dergelijk virus al meldingsplichtig te zijn. Elke humane infectie met een uit dieren afkomstige influenzavariant vormt een potentieel pandemisch virus en dient als zodanig, zowel nationaal als internationaal, te worden behandeld.

#### **4 Versterking preventiecyclus en bevordering implementatie gemeentelijke nota gezondheidsbeleid**

##### *4.1 Inleiding*

De publieke gezondheidszorg bestrijkt een zeer divers terrein. Onderwerpen als verslavingspreventie, voorlichting over dementie, reizigersvaccinatie, het bevorderen van de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, de jeugdarts en het stimuleren van het opknappen van vochtige woningen, behoren alle tot dat domein. Vanwege de samenhang van de publieke gezondheidszorg met allerlei andere beleidsterreinen, is de gemeente de aangewezen organisatie voor deze zorg. Op het lokale niveau liggen vele mogelijkheden om directe verbanden te leggen tussen bijvoorbeeld leefstijl, leefomgeving, maatschappelijke ondersteuning, volkshuisvesting en milieubeleid/gezondheidsrisico's, alsmede tussen bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg en de curatieve zorg. In dat verband kunnen door gemeenten, al dan niet na advies van de GGD, op lokaal niveau ook duidelijke afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars, welzijnsinstellingen, sportorganisaties, zorgaanbieders en consumenten- en patiëntenorganisaties. Juist ook op lokaal niveau kan naar samenwerking en het samengaan van belangen worden gezocht en gemeenten hebben daarbij een belangrijke regie- en aanjaagrol.

##### *Sturing*

Publieke gezondheidszorg is op grond van de Wpg een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk. De publieke gezondheidszorg vraagt om een doelmatige wisselwerking tussen het lokale en landelijke niveau. Gemeenten en Rijk vervullen complementaire taken. De verdeling van wat decentraal en wat centraal te doen op het gebied van



publieke gezondheidszorg wisselt naar de aard van de te onderscheiden taken binnen de Wpg. In de wet wordt een onderscheid gemaakt naar algemene bevorderingstaken (artikel 2), jeugdgezondheidszorg (artikel 5), ouderengezondheidszorg (artikel 5a) en infectieziektebestrijding (artikel 6). Aan deze taken liggen verschillende sturingsprincipes ten grondslag.<sup>1</sup>

Op het terrein van het uniform deel van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg (kwetsbare doelgroep) en infectieziektebestrijding (direct algemeen belang, soms zelfs relatie met algemeen crisis- en veiligheidsbeleid) is er vanuit de Wpg (via het Besluit publieke gezondheid) sprake van meer centrale sturing. Het Rijk bepaalt dan de kaders en/of de taken en de gemeente draagt vervolgens zorg voor de uitvoering. De gemeentelijke beleidsvrijheid is daarbij dus beperkt. Ten aanzien van de algemene bevorderingstaken (en naar verwachting ook voor de ouderengezondheidszorg<sup>2</sup>) is er daarentegen sprake van beduidend meer gemeentelijke beleidsvrijheid. Het Rijk stelt via het Besluit publieke gezondheid weliswaar enige nadere regels over de invulling van deze taak, maar gemeenten hebben bij deze invulling veel ruimte voor eigen keuzes. Zo kan een gemeente in aanvulling op de Tabakswet of de Drank- en horecawet, al dan niet in samenspraak met lokale actoren, instrumenten en maatregelen inzetten die passen bij de lokale context.<sup>3</sup>

Aan deze sturingsrelatie ligt, indachtig het Bestuursakkoord tussen de Minister van BZK en de VNG uit 2007 en de Code Interbestuurlijke Verhoudingen tussen het Rijk, IPO en VNG uit 2005, ten grondslag: «lokaal wat kan en landelijk wat moet».<sup>4</sup> Bij de bevorderingstaken past het niet dat op landelijk niveau allerlei gedetailleerde normen worden ontwikkeld waaraan gemeenten moeten voldoen. Gemeenten moeten de ruimte hebben om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie.<sup>5</sup> Voor het Rijk geldt hier vooral een «systeemverantwoordelijkheid».<sup>6</sup> Het Rijk stelt de kaders waarna lokaal «het spel wordt gespeeld». De beoogde wisselwerking tussen enerzijds de landelijke kaders en anderzijds het lokale speelveld krijgt hier vooral vorm via de zogenaamde preventiecyclus.

#### 4.2 Vierjaarlijkse cyclus publieke gezondheidszorg (preventiecyclus)

In de Wpg zijn de verantwoordelijkheden voor de gemeenten, de Minister van VWS (en het RIVM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg vastgelegd ter zake van de publieke gezondheidszorg. De interacties en de verhouding tussen de landelijke en lokale verantwoordelijkheden zijn evenwel niet beschreven. Deze verhouding krijgt wel vorm in de zogenaamde preventiecyclus.

Met de preventiecyclus wordt bedoeld op de vierjarige beleidscyclus aan de hand waarvan specifieke doelstellingen en uitvoering van het Nederlandse gezondheidsbeleid worden vastgelegd, uitgevoerd en bijgesteld. In 2007 heeft het kabinet aangegeven de cyclus langjarig te gaan gebruiken als basis voor het volksgezondheidsbeleid.<sup>7</sup> Er is sprake van een structurele cyclus omdat wordt aangesloten bij de vierjarige gemeenteraadsverkiezingen. Kort gesteld komt de cyclus op het volgende neer. Op basis van landelijk beschikbare epidemiologische gegevens brengt het RIVM elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Op basis van de VTV stelt de Minister van VWS vervolgens op grond van artikel 13 van de Wpg in een landelijke nota gezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Gemeenten vertalen, na advies van de GGD, de landelijke prioriteiten naar lokaal gezondheidsbeleid in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Niet alleen de landelijke prioriteiten vormen de basis van het lokale gezondheidsbeleid, juist ook de lokale epidemiologische gegevens bepalen de

<sup>1</sup> De VNG maakt dan ook een onderverdeling in de meer medisch georiënteerde zorg (infectieziektebestrijding en JGZ) en de meer maatschappelijk georiënteerde zorg (algemene bevorderingstaken). Zie «Toekomstvisie op publieke gezondheid – Maatschappelijke vraagstukken centraal – verbinden verschillende beleidsdomeinen», VNG, 2009, pp. 12, 30.

<sup>2</sup> Artikel 5a van de Wpg is nog niet in werking getreden.

<sup>3</sup> Zie ook «Manifest Publieke Gezondheid, GGD Nederland, 2008, p.3 en Toekomstvisie op publieke gezondheid – Maatschappelijke vraagstukken centraal – verbinden verschillende beleidsdocumenten», VNG, 2009, p. 8.

<sup>4</sup> «Toekomstvisie op publieke gezondheid – Maatschappelijke vraagstukken centraal – verbinden verschillende beleidsdomeinen», VNG, 2009, p. 9.

<sup>5</sup> «Kiezen voor gezond leven 2007–2010», VWS, 2006, p. 19.

<sup>6</sup> MvT Wcpv, Kamerstukken II, 2001–2002, 28 063, nr. 3, p. 7.

<sup>7</sup> Gezond zijn, gezond blijven – Een visie op gezondheid en preventie, 2007, p. 45.

lokale prioriteiten op het terrein van de publieke gezondheidszorg. In omgekeerde volgorde geldt het zelfde: de prioriteiten van gemeentelijk gezondheidsbeleid krijgen een vertaling in het landelijk beleid.<sup>1</sup> De lokale epidemiologische gegevens zijn immers een belangrijke basis voor de landelijke epidemiologische gegevens en daarmee ook voor de landelijke prioriteiten. Tot slot houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op dit proces.

Om de beoogde wisselwerking tussen deze taken voor gemeente en Rijk te versterken en de complementaire relatie te verduidelijken, is in het onderhavige voorstel in artikel 13 opgenomen dat de gemeenteraad de landelijke prioriteiten in acht neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Zoals hierboven al aangegeven is de koppeling tussen de landelijke nota gezondheidsbeleid en gemeentelijke nota's met name relevant voor de algemene bevorderingstaken.

Op dit terrein is er namelijk geen uitgewerkt kader zoals bij het uniform deel van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg of sturing zoals bij de infectieziektebestrijding. Hier dient juist de nota landelijke prioriteiten aangrijpingspunten te bieden voor gemeenten om effectiever beleid te kunnen voeren.<sup>2</sup> Het gaat daarbij om aangrijpingspunten en niet meer dan dat. Op basis van lokale epidemiologische gegevens of ander inzicht, zoals een inventarisatie van reeds bestaande lokale of regionale beleidsinitiatieven, kan blijken dat bepaalde publieke gezondheidsproblemen minder relevant zijn of al in voldoende mate worden aangepakt. Dit kan voor gemeenten aanleiding zijn om gemotiveerd af te wijken van de landelijke prioriteiten.

De met dit voorstel ter zake beoogde aanpassingen sluiten overigens aan bij de huidige beleidspraktijk<sup>3</sup> en ook bij hetgeen in de MvT behorende bij de Wet collectieve preventie volksgezondheid al was beschreven.<sup>4</sup>

#### *Landelijk programma voor het uitvoeren van onderzoek*

Naast het definiëren van de landelijke prioriteiten richt de verantwoordelijkheid van het Rijk zich op het onderhouden van een adequate kennisinfrastructuur. Deel van de Rijkstaak is te zorgen voor een doelmatig kennisbeleid op het terrein van de publieke gezondheidszorg. De Minister dient op grond van artikel 13 van de Wpg naast de landelijke nota gezondheidsbeleid tevens een landelijk onderzoeksprogramma vast te stellen op het gebied van de publieke gezondheidszorg. In dat verband worden dan ook vierjaarlijks middelen beschikbaar gesteld. Het doel hiervan is het structurele karakter van de preventiecyclus te koppelen aan structurele middelen vanuit het Rijk ten behoeve van (toegepast) onderzoek op het gebied van de publieke gezondheidszorg, zoals dat onder meer vorm krijgt in het vierjaarlijkse preventieprogramma van ZonMw (zie artikel 9 van de Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland). Daarnaast worden door landelijke wegging en het voor lokale professionals toegankelijk maken van landelijke beschikbare kennis op het terrein van de publieke gezondheidszorg, gemeenten en GGD'en ondersteund bij het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de in de Wpg genoemde taken.

#### *4.3 Bevorderen implementatie nota gemeentelijk gezondheidsbeleid*

Op grond van artikel 13, tweede lid, van de Wpg dient de gemeenteraad in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid aan te geven hoe zij uitvoering geven aan de algemene bevorderingstaken, jeugdgezondheidszorg, (en op grond van het onderhavige voorstel ook de ouderengezondheidszorg) en infectieziektebestrijding, alsmede aan de in artikel 16 van de wet

<sup>1</sup> Zo maakt GGD Nederland een overzicht van de strekking van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

<sup>2</sup> Dat neemt niet weg dat de Minister van VWS – op basis van de landelijke VTV – in de nota landelijke prioriteiten bijvoorbeeld een bepaalde infectieziekte aanmerkt als een landelijke prioriteit, in aanvulling op de ter beschikking staande instrumenten van Rijkssturing.

<sup>3</sup> De IGZ constateerde in 2005 en in 2007 dat de landelijke prioriteiten door ca. driekwart van de gemeenten worden overgenomen in de lokale nota's gezondheidsbeleid. De VNG adviseert gemeenten de landelijke speerpunten in de lokale nota gezondheidsbeleid op te nemen. Zie «Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang» 2007, p. 10.

<sup>4</sup> «De aldus vastgestelde landelijke prioriteiten kunnen de uitgangspunten bieden voor de gemeentelijke gezondheidsnota's. [...] ruim vóór de voor de eerste gemeentelijke nota voorgestelde termijn. Op die manier kunnen de gemeentelijke nota's acht slaan op de inhoud van de landelijke nota. Op deze wijze ontstaat een cyclisch proces waarin de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen.» MvT Wcpv, Kamerstukken II, 2001–2002, 28 063, nr. 3, p. 7.

genoemde verplichting om advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst te vragen voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeerde in verschillende rapportages<sup>1</sup> dat de implementatie van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid op het terrein van de algemene bevorderingstaken tekort schiet: in de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat het vaker om algemene intenties dan om het concreet realiseren van expliciete doelstellingen via een plan van aanpak.

Om hierin verbetering te brengen wordt met het onderhavige voorstel de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid nader procesmatig gestructureerd naar analogie van artikel 3, vierde lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Dit houdt in dat de gemeenteraad in de nota in ieder geval moet vermelden wat de gemeentelijke *doelstellingen* zijn op het terrein van de publieke gezondheidszorg (ter uitvoering van de artikelen 2, 5, 5a en 6), welke *acties* in de bestreken periode worden ondernomen om deze doelen te halen en welke *resultaten* de gemeenten in die periode wenst te realiseren. De verwachting is dat op deze wijze gemeenten meer aandacht zullen besteden aan de concrete implementatiemogelijkheden van de beleidsvoornemens in de gemeentelijke nota. Dit sluit aan bij de visie van de VNG<sup>2</sup> en hetgeen reeds in de MvT bij de Wcpv<sup>3</sup> was bepaald. Daarnaast biedt deze procesmatige structurering van de gemeentelijke nota's handvatten voor het evalueren van het gevoerde gezondheidsbeleid. Dit sluit dan ook aan bij het versterken van de controlerende rol van de gemeenteraad in het duale lokale bestuur alsmede bij een effectieve rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van het toezicht.

#### *Relatie met de Wmo*

Het beleid van de gemeente inzake de publieke gezondheidszorg omvat meer dan strikte uitvoering van de taken binnen de Wpg. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en afstemming met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen, zoals wonen, werken, onderwijs en welzijn, is op zijn plaats.<sup>4</sup> Naast de Wpg hebben gemeenten met de Wmo nog een instrument in handen voor een doeltreffend gezondheidsbeleid. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk leven (Wmo) en het bevorderen van de publieke gezondheid (Wpg) liggen immers in elkaars verlengde.<sup>5</sup> De meeste winst op beide terreinen is doorgaans te behalen bij door de Wpg en Wmo gedeelde doelgroepen (jeugd, ouderen en groepen met een lage sociaal economische status). In de wisselwerking tussen beide wetten liggen er voor gemeenten kansen om vanuit beide invalshoeken te komen tot integraal lokaal beleid. Het kabinet juicht samenhang tussen nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid en de beleidsplannen op grond van de Wmo toe.<sup>6</sup> Het naar analogie van laatstgenoemde wet nader structureren van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid kan de koppeling van nota's en plannen versterken. Voorts maakt de ondersteuning vanuit de VNG dat ook mogelijk: met het oog op het efficiënt benutten van de beschikbare lokale capaciteit heeft de VNG een handreiking opgesteld met aanbevelingen om gemeentelijke nota's in het kader van de Wpg en Wmo te combineren.<sup>7</sup>

## **5 Prenatale voorlichting**

Met onderdeel B wordt een wettelijke taak geformuleerd in de Wpg voor gemeenten om prenatale voorlichting aan te bieden aan aanstaande ouders. Prenatale voorlichting houdt in het geven van voorlichting aan aanstaande ouders in het belang van de gezondheid en welzijn van moeder en kind.

<sup>1</sup> IGZ, «Staat van de gezondheidszorg 2005 – Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?» en IGZ, «Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld», 2007.

<sup>2</sup> Uit «Toekomstvisie op publieke gezondheid – Maatschappelijke vraagstukken centraal – verbinden verschillende beleidsdomeinen», VNG, 2009, p. 10.

<sup>3</sup> MvT Wcpv, Kamerstukken II, 2001–2002, 28 063, nr. 3, p. 6.

<sup>4</sup> Zie noot 1 op deze blz.

<sup>5</sup> Uit «Toekomstvisie op publieke gezondheid – Maatschappelijke vraagstukken centraal – verbinden verschillende beleidsdomeinen», VNG, 2009, pp. 15–17.

<sup>6</sup> «Gezond zijn, gezond blijven – Een visie op gezondheid en preventie», VWS, 2007, p. 48, MvT Wmo, Kamerstukken II, 2004–2005, 30 131, nr.3, p. 18 en «Kiezen voor gezond leven 2007–2010», VWS, 2006, p. 18.

<sup>7</sup> VNG (SGBO/LOGIN), «Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang», 2007.

Er wordt vanuit gegaan dat gemeenten prenatale voorlichting aanbieden via het Centrum voor Jeugd en Gezin en dat de prenatale voorlichting wordt afgestemd op de behoeften van de aanstaande ouders in lijn met het lokale gezondheidsbeleid. De gemeente kan zelf de inhoud van het aanbod van prenatale voorlichting en de keuze van de aanbieders bepalen. Prenatale voorlichting kan worden uitgevoerd door diverse aanbieders, zoals de jeugdgezondheidszorg, thuiszorginstellingen, verloskundigen en kraamverzorgers, respectievelijk kraamcentra, al dan niet in samenwerking met elkaar.

Prenatale voorlichting was tot 1 januari 2009 een aanspraak op grond van artikel 16 van het Besluit zorgaanspraken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Overigens werd toen de term «prenatale zorg» gebruikt). Vanaf die datum is de aanspraak op prenatale zorg in de AWBZ komen te vervallen en zijn de gemeenten opdrachtgever geworden voor prenatale voorlichting. De middelen die hiervoor landelijk beschikbaar waren in het Budgettair Kader Zorg zijn overgeheveld naar en toegevoegd aan de Brede Doel Uitkering Centra Jeugd en Gezin (BDU CJG). Deze uitkering loopt in ieder geval tot en met 2011 en zal daarna mogelijk overgaan naar het Gemeentefonds, als sprake is van landelijke dekking van de Centra voor Jeugd en Gezin. Om structureel vast te leggen dat gemeenten tot taak hebben ervoor te zorgen dat prenatale voorlichting wordt aangeboden, is dit in dit voorstel verwerkt.

## **6 Financiële gevolgen en administratieve lasten**

### *Infectieziektebestrijding – rol bestuur van de veiligheidsregio*

De taak van het bestuur van de veiligheidsregio voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat, is niet te beschouwen als een nieuwe gemeentelijke taak. Het bestuur van de veiligheidsregio treedt immers ter zake op in plaats van de colleges van burgemeester en wethouders. De operationele uitvoering van deze taak blijft in handen van de GGD. Op dat punt verandert er met dit voorstel niets. De financiering blijft lopen via het gemeentefonds.

### *Infectieziektebestrijding – territoriale congruentie*

Sinds 2003 hebben gemeenten het aantal GGD'en doen afnemen van 63 tot de huidige 28. Aan dit proces is, vooruitlopend op de komst van de veiligheidsregio's, in de periode 2005–2007 projectondersteuning gegeven voor onderzoek naar de gebiedsinrichting. De schaalvergroting, als gevolg van het congruent maken van de werkgebieden van de GGD aan die van de veiligheidsregio, speelt dus nog maar in drie regio's (daarnaast zijn er nog twee regio's waarbij gemeenten in een andere gemeenschappelijke regeling moeten deelnemen). Dit zal enige incidentele en frictiekosten met zich meebrengen. Uit het feit dat nu het aantal GGD'en nog maar van 28 tot 25 hoeft te worden teruggebracht, valt te herleiden dat de meeste gemeenten zelf de voordelen van schaalvergroting hebben ingezien voor de noodzakelijke kwaliteitslevering en bekostiging van specifieke GGD-taken. Voldoende schaalgrootte is essentieel voor kwalitatieve uitvoering van de specialistische publieke gezondheidstaken. Hiermee wordt op termijn efficiëntiewinst geboekt. Bovendien nemen de administratieve lasten af, omdat afspraken in dezelfde colleges van burgemeester en wethouders worden gemaakt, als waarvan de bestuurders van de veiligheidsregio deel uitmaken.

Het berekenen van de incidentele en frictiekosten en van de bovengenoemde doelmatigheidswinst is bijzonder lastig gelet op de specifieke regionale omstandigheden. Daarom is een specificatie daarvan in deze

toelichting niet aangegeven. Wel zal het Rijk de regio's die het proces van territoriale congruentie nog niet geheel doorlopen hebben, ondersteuning in het proces aanbieden. Indien blijkt dat de incidentele en frictiekosten, die rechtstreeks toe te schrijven zijn aan het proces om te komen tot territoriale congruentie, uitstijgen boven hetgeen binnen een redelijke termijn kan worden terugverdiend, kunnen de gemeenten die het aangaat zich bij de Minister van VWS melden en zal deze alsdan bezien of compensatie op zijn plaats en mogelijk is.

#### *Versterking preventiecyclus en bevordering implementatie gemeentelijke nota gezondheidsbeleid*

Omdat het om het aanscherpen van een bestaande praktijk gaat, worden op dit punt geen financiële consequenties verwacht. Zoals in de MvT bij de Wmo<sup>1</sup> ook is gesteld, kan de uitvoeringslast voor gemeenten in aanzienlijke mate afnemen als de gemeente het opstellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid combineert met het opstellen van het beleidsplan op grond van de Wmo.

#### *Prenatale voorlichting*

Het met de gemeentelijke taak voor prenatale voorlichting gemoeide bedrag is nu in de Brede Doeluitkering Centra Jeugd en Gezin opgenomen. Dit budget blijft gelijk.

## **7 Toezicht**

Het Staatstoezicht op de volksgezondheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Inspectie voor de Gezondheidszorg) is verantwoordelijk voor het toezicht op de naleving van de Wpg. Voor wat betreft het toezicht op de nieuwe taak van het bestuur van de veiligheidsregio zal deze inspectie nauw samenwerken met de Inspectie openbare orde en veiligheid van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

## **8 Advies Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Veiligheidsberaad**

De VNG en het Veiligheidsberaad hebben, als (huidige en gedeeld toekomstige) vertegenwoordigers van het uitvoerend openbaar bestuur, op verzoek van de Minister van VWS advies uitgebracht over het voorstel. De VNG en het veiligheidsberaad kunnen zich in grote lijnen vinden in het voorstel, maar hebben beide een aantal aandachtspunten. Dit betrof de voorziene 25 regio's voor GGD'en, de nieuwe voorbereidingstaak voor het bestuur van de veiligheidsregio, de functie van de directeur publieke gezondheid, de financiële gevolgen en (voor de VNG) de preventiecyclus. Deze punten zijn vervolgens met de VNG doorgenomen.

Ten aanzien van de bezorgdheid over een mogelijke verdere inperking van de regio's (dan 25) is aangegeven dat er op dit moment geen aanleiding is om tot een verdere reductie te komen. Ten aanzien van de taak voor het bestuur van de veiligheidsregio is verduidelijkt dat dit onlosmakelijk samenhangt met de taak voor de voorzitter van de veiligheidsregio ter zake. Over de functie van de directeur publieke gezondheid is naar aanleiding van de adviezen in de memorie van toelichting verduidelijkt dat dit niet in de weg staat aan het inrichten van een meerhoofdige directie van GGD en GHOR, zolang de verantwoordelijkheid voor de leiding van GGD en GHOR berust bij de directeur publieke gezondheid. Verder is in de memorie van toelichting verduidelijking gegeven over de financiële consequenties. Tot slot is met betrekking tot de preventiecyclus de tekst van het wetsvoorstel zo geformuleerd dat de interactie tussen de landelijke en lokale partijen en documenten beter tot uitdrukking komt.

<sup>1</sup> MvT Wmo, Kamerstukken II, 2004–2005, 30 1331, nr. 3, p. 18.

## **II ARTIKELSGEWIJS**

### **Artikel I, onderdeel A**

Met de wijziging van artikel 1 wordt de infectieziekte «virale hemorrhagische koorts» verplaatst van groep B1 naar groep A.

### **Artikel I, onderdelen B en F**

Met de toevoeging in artikel 2, tweede lid, onder h, is de gemeentelijke taak voor het aanbieden van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders als bevorderingstaak gesteld.

De wijziging van artikel 14, tweede lid, dient om – analoog aan de jeugdgezondheidszorg – duidelijk te stellen dat het college van burgemeester en wethouders de prenatale voorlichting ook door een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst mag overlaten.

### **Artikel I, onderdeel E**

De wijziging in het eerste lid van artikel 13 dient enkel voor het herstellen van een redactioneel foutje.

Het tweede lid, onderdeel a, regelt de bevordering van de implementatie van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid.

Het derde lid bevat de in het algemeen deel van de toelichting beschreven preventiecyclus.

### **Artikelen II, III en IV**

De artikelen II en IV voorzien in een aanpassing van de Wpg respectievelijk Wvr indien de Wvr is vastgesteld en in werking is getreden.

Artikel III voorziet voor de beoogde wijziging van artikel 14 van de Wpg in de situatie dat de Wvr eerder in werking treedt dan het onderhavige voorstel. In dat geval vervalt artikel I, onderdeel F, en wordt artikel 14 gewijzigd via artikel II, onderdeel E.

### **Artikel II, onderdeel A**

In het nieuwe tweede lid staat de taak voor het algemeen bestuur van de veiligheidsregio om te zorgen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A of de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat. Dit komt overeen met een groot-schalige infectieziekte-uitbraak. Nieuwe infectieziekten of ziektebeelden kunnen snel aan groep A worden toegevoegd en zo onder de verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio worden gebracht.

Via het voorstel voor een aanpassing van wetten aan de Wet veiligheidsregio's verkrijgt de voorzitter van de veiligheidsregio bevoegdheden om de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A of een directe dreiging daarvan ter hand te nemen. De onderhavige wijziging gaat uit van de tekst van artikel 6 van de Wpg waarin deze taak van de voorzitter van de veiligheidsregio is verwerkt.

## **Artikel II, onderdeel C**

In verband met de nieuwe taak voor het bestuur van de veiligheidsregio in artikel 6, dient ook artikel 8 te worden aangepast, opdat de Minister van VWS het bestuur van de veiligheidsregio kan aansturen op de voorbereiding van een grootschalige infectieziekte-uitbraak in plaats van het college van burgemeester en wethouders.

Op grond van het tweede lid dient het bestuur van de veiligheidsregio in de op grond van artikel 16 van de Wvr vierjaarlijks vast te stellen crisisplannen aandacht te besteden aan de bestrijding van en de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede de voorbereiding op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat. Het bepaalde van artikel 16, tweede en derde lid, van de Wvr is daarmee ook van toepassing op dit deel van het crisisplan. Op grond van het derde lid van artikel 8 van de Wet publieke gezondheid dient dit deel van het crisisplan te worden vastgesteld in overeenstemming met het algemeen bestuur van de gemeentelijke gezondheidsdienst.

## **Artikel II, onderdelen E en F**

Het eerste lid van artikel 14 regelt de opdracht aan de colleges van burgemeester en wethouders om de territoriale congruentie van de werkgebieden van de GGD'en met die van de veiligheidsregio's te realiseren via de oprichting van een regionale gezondheidsdienst. Per veiligheidsregio dient er één regionale gezondheidsdienst te komen. Via het tweede lid blijft de aanduiding «gemeentelijke gezondheidsdienst» als merknaam behouden voor deze instanties. De verplichte oprichting op regionaal niveau van de gemeentelijke gezondheidsdiensten brengt overigens geen verandering in de mogelijkheden die de Wet publieke gezondheid biedt voor gemeenten om de uitvoering van de in deze wet opgedragen taken te organiseren.

Het derde lid regelt de nieuwe functie van de directeur publieke gezondheid, die dient te worden benoemd door het algemeen bestuur van de GGD in overeenstemming met het algemeen bestuur van de veiligheidsregio. De directeur publieke gezondheid geeft tevens leiding aan de GHOR, bedoeld in artikel 32 van de Wvr.

Om redactionele redenen wordt artikel 17 aangepast en daarin de term directeur publieke gezondheid gehanteerd.

## **Artikel IV, onderdelen A en B**

De wijzigingen van de artikelen 32 en 62 van de Wvr hangen samen met de nieuwe functie voor de directeur publieke gezondheid in artikel 14, derde lid, van de Wpg.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
mede namens de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,  
A. Klink