

Vergaderjaar 1997–1998

25 336

Regels ter afwijking van de gevaren van infectieziekten (Infectieziektenwet)

Nr. 5

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 23 oktober 1997

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het verslag van de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake het ontwerp-Infectieziektenwet. Het verheugt mij te kunnen constateren dat de Kamer de noodzaak van modernisering van de wetgeving ter afwijking van de gevaren van infectieziekten onderschrijft en de in het ontwerp gekozen opzet in grote lijnen aanvaardt.

1. Algemeen

De leden van de VVD-fractie vroegen hoe verwarring bij de arts over zijn meldingsplicht kan worden voorkomen, nu in de voorgestelde Infectieziektenwet voor enkele ziekten een meldingsplicht voor laboratoria wordt ingevoerd. Deze leden vroegen ook om verduidelijking van het onderscheid tussen de verantwoordelijkheid van de arts en die van het hoofd van het laboratorium bij de melding van infectieziekten.

Het is de bedoeling dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg ruim voor de inwerkingtreding van de voorgestelde Infectieziektenwet de voorlichting aan alle betrokken beroepsgroepen over de wet zal verzorgen. Daarin zal ook zeker de taakverdeling tussen de arts en het hoofd van het laboratorium aan de orde komen. Bij de melding in de zin van de voorgestelde Infectieziektenwet is sprake van een ondubbelzinnige taakverdeling: de arts meldt de vaststelling of het vermoeden van een geval van een infectieziekte uit de groepen A en B en het hoofd van het laboratorium meldt de vaststelling van een verwekker van een infectieziekte uit groep C. De melding wordt steeds gedaan aan de directeur van een gemeentelijke gezondheidsdienst; bij een A- of een B-ziekte is dat de GGD van de gemeente waar de meldende arts zijn praktijk heeft en bij een C-ziekte de GGD van de gemeente waarin de arts die het onderzoek bij het laboratorium heeft aangevraagd zijn praktijk heeft. De omstandigheid dat de arts een infectieziekte veelal pas met zekerheid zal kunnen vaststellen als hij beschikt over laboratoriumuitslagen over de door hem onderzochte persoon doet aan deze in de voorgestelde Infectieziektenwet gekozen taakverdeling niet af. Los hiervan is het hoofd van het laboratorium overigens uiteraard in alle gevallen verantwoordelijk voor de rapportage van de laboratoriumuitslagen aan de arts die het onderzoek bij hem heeft aangevraagd.

Van de zijde van verschillende fracties zijn vragen gesteld over de onderrapportage en de rapportagevertraging van infectieziekten onder de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (Wbi). De leden van de VVD-fractie vroegen in dit verband op welke wijze het voorliggende wetsvoorstel tegemoet komt aan de aanbevelingen gedaan ter verbetering van de aangifte in het onderzoek «Infectieziekten in Nederland» (1997) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Voor onderrapportage onder de Wbi worden verschillende oorzaken genoemd. De arts blijkt kennisgeven niet bij elk van de onder de Wbi vallende ziekten als vanzelfsprekend te ervaren. Evenmin ervaart hij kennisgeven bij elk ziektegeval als vanzelfsprekend, bijvoorbeeld niet als de situatie onder controle is. Mogelijk speelt hierbij een rol dat een arts primair gericht is op de zich onder zijn zorg bevindende patiënt. Verder schijnen sommige artsen in de veronderstelling te verkeren dat het laboratorium de kennisgeving verzorgt; ten onrechte, want de Wbi kent uitsluitend een aangifteplicht voor de arts.

Over verbeteringen vervat in het ontwerp-Infectieziektenwet het volgende. In het ontwerp zal het aantal ziekten waarvoor de arts een meldingsplicht heeft wat kleiner worden. Acht nu aangifteplichtige ziekten vervallen van de lijst, drie komen er bij. Ook vervallen enkele differentiaties. De nominatieve aangifte is beperkt tot die ziekten waarbij het in het algemeen voor iedere arts duidelijk zal zijn dat maatregelen nodig zijn om verdere verspreiding tegen te gaan. Deze beperking zal de motivatie van artsen vergroten. Verder brengt het ontwerp, ten opzichte van de situatie onder de Wbi, meer duidelijkheid voor de meldende arts omdat het ontwerp-Infectieziektenwet gebruik kan maken van het inmiddels tot stand gekomen landelijk dekkende net van GGD's. Door het bestaan van dit net heeft in het ontwerp de directeur van de GGD een spilfunctie bij het afwenden van de gevaren van infectieziekten en kan de inspecteur meer naar de achtergrond verhuizen, naar een functie die hem goed past, namelijk die van deskundige en toezichthouder. De algehele opzet van de bescherming tegen infectieziekten wordt voor de beroepsbeoefenaar ook overzichtelijker omdat in het ontwerp-Infectieziektenwet de rol van de minister als beroepsinstantie is verdwenen. Dit was een anachronisme geworden.

De leden van de VVD-fractie wilden ook een nadere toelichting op de plaatsbepaling van het wetsvoorstel in het geheel van de wetgeving.

Op het terrein van de bescherming van de mens tegen infectieziekten zijn naast de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken ook de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de Quarantainewet van belang; en, op iets meer afstand, de Warenwet, de Vleeskeuringswet en de Deconstructiewet. Verder zijn enige wetten te noemen waarin de bescherming tegen infectieziekten wel een rol speelt maar geen hoofdzaak is: de Waterleidingwet, de Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden en de Wet op de openluchtrecreatie, die inmiddels de Kampeerwet heeft vervangen. De afbakening tussen de genoemde wetten levert in de praktijk nauwelijks problemen op. De Wet collectieve preventie volksgezondheid regelt op een organisatorisch niveau de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente op het gebied van preventie in de volksgezondheid. De Quarantainewet ziet op bescherming tegen de gevaren van quarantainabele ziekten (cholera, pest en gele koorts) in relatie tot het internationale personen- en goederenvervoer. De Warenwet, de Vleeskeuringswet en de Deconstructiewet hebben een duidelijke functie bij de handhaving van de kwaliteit van het voedsel. De Waterleidingwet, de Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden en de Wet op de openluchtrecreatie regelen ieder een specifiek eigen terrein.

De leden van de VVD-fractie vroegen verder om aandacht te besteden aan de rol en verantwoordelijkheid van verschillende actoren: inspectie, GGD, burgemeester en officier van justitie.

In het ontwerp-Infectieziektenwet treedt de burgemeester op als de autoriteit die beslissingen neemt ten aanzien van het toepassen van maatregelen die een inbreuk kunnen meebrengen op vrijheidsrechten van de burger. De betreffende bevoegdheden zijn specifiek omschreven en meer geclausuleerd dan de bevoegdheden die de burgemeester ontleent aan de Gemeentewet. De bevoegdheden van de burgemeester op grond van de Gemeentewet zijn gericht op handhaving van de openbare orde en hebben daarom noodzakelijkerwijze meer een vangnetkarakter. De officier van justitie en de rechter komen uit het ontwerp-Infectieziektenwet naar voren als toetsende respectievelijk sanctionerende autoriteit in de sfeer van de maatregelen; de inspecteur als adviseur en toezichthouder. Over de taak en plaats van de inspecteur en de GGD zijn hierboven al enige opmerkingen gemaakt, naar aanleiding van de vraag van de leden van de VVD-fractie over onderrapportage.

De leden van de VVD-fractie vroegen op welke wijze de voorgestelde Infectieziektenwet gevolg heeft kunnen geven aan de opmerkingen en suggesties van de Gezondheidsraad in het advies «Dwang en drang in de tuberculosebestrijding».

Het advies «Dwang en drang in de tuberculosebestrijding» heeft in de slotfase van het totstandkomen van het ontwerp-Infectieziektenwet een belangrijke rol als ijkpunt gespeeld. Beide documenten bleken uit hetzelfde gedachtengoed te hebben geput. Zo past de zorgvuldige benadering van de dwangmaatregelen in de voorgestelde Infectieziektenwet goed in de kaders geschetst in het advies.

De leden van de VVD-fractie vroegen ook een reactie op de aanbeveling in het advies «Dwang en drang in de tuberculosebestrijding» (§ 9.5) om de koppeling tussen de maatregelen opnemings ter isolatie en geneeskundig onderzoek te heroverwegen.

Na heroverweging meen ik nog steeds dat het geen aanbeveling verdient als de wet toepassing van de beide maatregelen onafhankelijk van elkaar zou toestaan. Ik vrees namelijk dat daarmee de kans op daadwerkelijke toepassing van de maatregelen groter zou worden dan bij de nu gekozen opzet. Indien een persoon, van wie een gegrond vermoeden bestaat dat hij een gevaar vormt voor de gezondheid van derden, weigert mee te werken aan afwendings van dat gevaar en de ernst van de situatie een inbreuk op zijn lichamelijke integriteit nodig maakt, zal het in het algemeen ook nodig zijn hem te isoleren. De optie van omkering van de koppeling, in de zin dat opnemings ter isolatie slechts zou mogen als voorafgaand geneeskundig onderzoek daartoe aanleiding geeft, komt mij evenmin aantrekkelijk voor. In die opzet zou waarschijnlijk frequenter inbreuk worden gemaakt op de lichamelijke integriteit van personen van wie een gegrond vermoeden bestaat dat zij een gevaar vormen voor de gezondheid van derden, dan in de nu gekozen opzet. Beide alternatieve opties zouden bovendien leiden tot de vraag op welke rechtsgrond de betrokken persoon vastgehouden zou kunnen worden tussen het moment van uitvoeren van het geneeskundig onderzoek en het moment waarop de resultaten van dat onderzoek beschikbaar komen. Ik heb mijn standpunt op het advies «Dwang en drang in de tuberculosebestrijding» gegeven in de beleidsnota Infectieziektenbestrijding van 7 april 1997 (Kamerstukken II, 1996–1997, 25 295, nr. 2), met name naar § 4.1.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar cijfers over het aantal meldingen dat onder de Wbi jaarlijks wordt gedaan en het aantal maatregelen dat onder de Wbi wordt genomen.

Het aantal meldingen (Wbi-ziekten) dat jaarlijks bij de Inspectie voor de gezondheidszorg wordt gedaan bedraagt ongeveer 10 000. Ruim 6 000 van deze meldingen betreffen ziekten, die nu opgenomen zijn in artikel 2 van het ontwerp-Infectieziektenwet (gemiddelde aantallen over 1992–1996: A-ziekten: 14, B-ziekten: 5607 en C-ziekten: 417). Een overzicht hiervan is gegeven in de bijlage.

Het aantal daadwerkelijke maatregelen dat in het kader van de Wbi genomen moest worden was de laatste jaren – gelukkig – zeer gering.

In de voorgestelde Infectieziektenwet kunnen de maatregelen opnemings ter isolatie en onderzoek door een arts slechts genomen worden ingeval de betrokken persoon lijdt aan, of vermoed wordt te lijden aan, een van de acht in artikel 14, tweede lid, niet-uitgesloten ziekten. Slechts twee van deze acht ziekten werden in de periode 1992–1996 daadwerkelijk gemeld: kinderverlamming (gemiddeld 14 gevallen per jaar, in feite echter geconcentreerd in de epidemie van 1992/93) en tuberculose (gemiddeld ruim 1600 gevallen per jaar). De behoefte om een dwangmaatregel tegen een met een Wbi-infectieziekte besmet persoon te nemen deed zich de laatste jaren alleen voor met betrekking tot tuberculose. Het ging daarbij om een beperkt aantal personen, steeds in de Randstad. In Rotterdam is het de laatste jaren enkele malen gekomen tot een gedwongen opname op grond van artikel 4, tweede lid, van de Wbi, in het Dijkzigt-ziekenhuis. In Amsterdam en Den Haag kon gedwongen opname worden voorkomen door zeer intensieve begeleiding van de betrokken personen. Bij de met infectieziektenbestrijding belaste instanties leeft al geruime tijd het besef dat de Wbi niet voldoet aan de eisen van de Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. De rechtsbescherming van de burger tegen maatregelen van de overheid is in de Wbi zeer mager en rechterlijke toetsing ontbreekt. Het bewustzijn van deze tekortkomingen heeft geleid tot grote terughoudendheid bij het toepassen van de dwangmaatregelen die de Wbi mogelijk maakt.

De leden van de fractie van D66 vroegen naar de stand van zaken aangaande het invoeren van een algemene vaccinatie tegen hepatitis B.

Dit betreft naar mijn oordeel meer een kwestie van praktische infectieziektenbestrijding dan van verheldering van het nu voorliggende ontwerp van wet. Verder heb ik de kamer nog onlangs over dit onderwerp geïnformeerd, in de nota Infectieziektenbestrijding (Kamerstukken II, 1996–1997, 25 295, nr. 2, § 4.2). Ik volsta nu dan ook met enige opmerkingen. Bij de besluitvorming over een eventuele algemene vaccinatie tegen hepatitis B spelen vragen over de kosteneffectiviteit en over de wijze van uitvoering. Daarbij zijn onder meer van belang de leeftijd van vaccinatie, de mogelijkheden voor een combinatievaccinatie, de inpassing in het Rijksvaccinatieprogramma en de beschermingsduur. Gezien het bovenstaande en vanwege een lage hepatitis B-prevalentie in Nederland, ligt op dit moment de prioriteit bij het verbeteren van de vaccinatie van risicogroepen. Het effect van algemene vaccinatie zal vergeleken moeten worden met het effect van (verbeterde) risicogroepenvaccinatie. Besluitvorming over algemene vaccinatie heeft nog niet plaatsgevonden.

De leden van de RPF-fractie wezen op het toenemend voorkomen van infectieziekten in sommige landen en op de risico's daarvan, gezien de grote mobiliteit, voor de Nederlandse situatie. Deze leden vroegen met welke maatregelen de regering daaruit voortkomende verstoringen denkt te voorkomen.

Ook hier volsta ik met enkele opmerkingen. Er is reden tot zorg over de zogenaamde «opduikende pathogenen» en inderdaad hebben ziekten door de toegenomen mobiliteit meer kans om zich uit te breiden. Om te voorkomen dat reizigers een infectie meebrengen of mee terug nemen, is goede reizigersadviesing en -vaccinatie van essentieel belang. Indien

toch import plaatsvindt, is het van groot belang de risico's zo snel mogelijk te signaleren en er adequaat op te reageren. Het behoort tot de kerntaken van het RIVM inzicht te geven in de staat van de infectieziekten en om bedreigingen van de volksgezondheid vroegtijdig te signaleren. De Landelijke Coördinatiestructuur voor de Infectieziektenbestrijding (LCI) bevordert een snelle aanpak. Voor een groot aantal potentiële dreigingen heeft de LCI al protocollen en draaiboeken voor de GGD's opgesteld waarin is vastgelegd hoe te handelen in voorkomende situaties. Als voorbeeld noem ik hierbij het draaiboek «Ebola». Op het moment is onderzoek gaande naar de vraag of de afweer van de Nederlandse bevolking tegen ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma (difterie, kinkhoest, tetanus, polio, bof, mazelen en rodehond) voldoende is. Zo niet dan zal (re)vaccinatie van bijvoorbeeld ouderen worden overwogen.

Ook vroegen deze leden naar de initiatieven die de regering als EU-voorzitter in de eerste helft van 1997 heeft ontplooid.

Tijdens de Raad van Ministers op 5 juni 1997 in Luxemburg is onder mijn voorzitterschap een gemeenschappelijk standpunt bereikt over een netwerk voor de surveillance en bestrijding van besmettelijke ziekten in de Europese Unie. Dit netwerk heeft als doel om informatie uit te wisselen tussen de lidstaten over het vóórkomen van besmettelijke ziekten en maatregelen die daartegen genomen worden. Door het permanent en systematisch verzamelen, analyseren en interpreteren van gegevens en het verspreiden van informatie kan vroegtijdige signalering plaatsvinden en wordt het tijdig nemen van maatregelen bevorderd.

In zijn algemeenheid vroegen de leden van de RPF-fractie een reactie op de dilemma's geschetst in het RIVM-rapport «Infectieziekten in Nederland, epidemiologie, diagnostiek en bestrijding». Zij vroegen daarbij vooral aandacht voor de optredende ongevoeligheid van micro-organismen voor antibiotica.

De bedoelde RIVM-publicatie geeft een nuttig overzicht van factoren, van belang voor een effectieve en efficiënte bestrijding van infectieziekten in Nederland. Ook waardevol zijn de «Volksgezondheid Toekomst Verkenningen» die het RIVM onlangs weer heeft uitgebracht.

Gebruik van antibiotica is onmisbaar bij de bestrijding van infecties. Het is van groot belang resistentievorming tegen te gaan door een optimaal antibioticabeleid. Ik vermeld in dit verband de ontwikkeling van een Nationaal Antibiotica Formularium, door de Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid. Deze stichting wordt door mijn ministerie financieel ondersteund. Een beschouwing over de resistentieproblematiek heb ik gegeven in de eerdergenoemde beleidsnota Infectieziektenbestrijding (Kamerstukken II, 1996–1997, 25 295, nr. 2, § 3.1).

De leden van de RPF-fractie vroegen in hoeverre gebruik gemaakt is van adviezen van adviesorganen.

Voor wat betreft de inbreng van de Gezondheidsraad («Dwang en drang in de tuberculosebestrijding») verwijs ik naar hetgeen hierboven is opgemerkt naar aanleiding van een vraag van de VVD-fractie.

De leden van de RPF-fractie wezen op het advies van de Gezondheidsraad om over te gaan tot een algemene vaccinatie tegen hepatitis B.

Ook op dit onderwerp ben ik hierboven reeds ingegaan, in antwoord op een vergelijkbare vraag van de fractie van D66.

Ook vroegen de leden van de RPF-fractie in hoeverre in de ons omringende landen wel een algemene vaccinatie tegen hepatitis bestaat.

In Duitsland en Frankrijk is reeds een landelijk vaccinatieprogramma ingevoerd. In België is onlangs weliswaar besloten om tot landelijke vaccinatie over te gaan, dit besluit wordt voorlopig echter nog niet

uitgevoerd. In Engeland en in de Scandinavische landen wordt landelijke vaccinatie niet overwogen.

De leden van de RPF-fractie vroegen ook welke taken de gemeentebesturen nog hebben nu de bevoegdheid tot het maken van verordeningen op het gebied van voorkomen of bestrijden van infectieziekten in het ontwerp-Infectieziektenwet is komen te vervallen.

Het vervallen van de bevoegdheid van gemeenten verordeningen te maken op het gebied van de infectieziektenbestrijding zal naar verwachting geen grote gevolgen hebben. De activiteiten van gemeenten terzake zijn nu grotendeels gecodificeerd in artikel 7 van de voorgestelde Infectieziektenwet. Het wetsvoorstel bevat een zorgvuldige afweging tussen individuele en collectieve grondrechten. Verder is rechtsongelijkheid tussen gemeenten ongewenst. Ik acht een aanvullende regelgevende bevoegdheid voor gemeenten op het terrein van de infectieziektenbestrijding dan ook ongewenst.

Ook vroegen deze leden in welke mate overlap bestaat tussen de voorgestelde Infectieziektenwet en de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

Tussen de Wcpv en de voorgestelde Infectieziektenwet bestaat geen overlapping. De Wcpv is gericht op collectieve preventie, zij gaat over taken en bevoegdheden van bestuursorganen, onder andere inzake de preventie van infectieziekten op het niveau van de gemeenschap. De voorgestelde Infectieziektenwet is meer gericht op de individuele patiënt. Zij beoogt om, als een infectieziekte zich eenmaal werkelijk voordoet, te voorkomen dat deze zich verder verspreidt; zij maakt voor dat doel de toepassing van maatregelen mogelijk en stelt aan die toepassing de nodige voorwaarden.

De leden van de RPF-fractie misten een onderbouwing van het terugbrengen van het aantal ziekten voor welke voor de arts een meldingsplicht bestaat.

In het ontwerp-Infectieziektenwet kon de meldingsplicht voor een aantal ziekten vervallen enerzijds omdat, door vorderingen binnen de medische wetenschap, van die ziekten niet meer dezelfde bedreiging op de samenleving uitgaat als vroeger; en anderzijds omdat, door striktere rechtsopvattingen over grondrechten, een restrictiever gebruik van maatregelen wordt voorgestaan. Voor een ziekte, waarvan het niet nodig of niet gewenst is dat maatregelen genomen worden tegen de persoon die eraan lijdt, is ook geen meldingsplicht nodig.

Voorts vroegen de leden van de RPF-fractie of als gevolg van onderhavig wetsvoorstel de wetgeving op aangrenzende terreinen dient te worden gewijzigd.

Bij het ontwerp-Infectieziektenwet is, in het hoofdstuk overige bepalingen, een aantal andere wetten gewijzigd. Voor de Quarantainewet, de Wet op de openlucht recreatie of de Warenwet werd daartoe echter geen aanleiding gezien.

2. Doel van de wet

De leden van de VVD-fractie stelden, verwijzend naar het advies van de Raad van State, de merites van een meldingsformulier aan de orde. Zij wilden graag inzicht in de door de regering gemaakte afweging.

Inderdaad zijn tal van voordelen verbonden aan het gebruik van een landelijk uniform formulier voor het melden van infectieziekten, ook voor de rechtszekerheid. Hierbij hoeft niet alleen aan rapportage op papier gedacht te worden. Het is mij bekend dat de praktijk al een eind gevorderd is met de ontwikkeling van elektronische aangifteprogramma's (HIS,

LISIS). Ik juich deze ontwikkeling toe, mits uiteraard binnen de randvoorwaarden die de wet stelt. Ik vertrouw erop dat de betrokken beroepsgroepen en partijen zonder bemoeienis van de overheid tot afspraken over uniformering in de rapportage zullen kunnen komen. Ik verwacht als voordeel van een door de beroepsgroepen ontwikkeld formulier, dat regelmatig aan de eisen en mogelijkheden van de praktijk zal worden aangepast. Men denke aan de mogelijkheden van elektronische dataverwerking en -verzending. Voor het overige verwijs ik naar meergenoemde nota Infectieziektenbestrijding (Kamerstukken II, 1996-1997, 25 295, nr. 2, § 2.5).

Ten aanzien van de vraag van de leden van de RPF-fractie, in welke mate onder de Wbi gebruik gemaakt is van dwangmaatregelen, die door de burgemeester kunnen worden genomen, verwijs ik naar hetgeen in § 1 in relatie tot een vergelijkbare vraag (van leden van de VVD-fractie) vermeld werd.

De leden van de RPF-fractie vroegen ook naar de opportuniteit van het aantekenen van hoger beroep door een onwillig persoon.

Mogelijk is sprake van een misverstand. Het ontwerp-Infectieziektenwet kent geen hoger beroep. Het stelsel van rechtsbescherming tegen een maatregel op grond van het ontwerp-Infectieziektenwet is als volgt. De burgemeester kan een persoon tegen zijn wil ter isolatie doen opnemen, mits hij (de burgemeester) voorzien heeft in bijstand van de betrokkene door een raadsman. De maatregel kan terstond ten uitvoer worden gelegd. De officier van justitie en de rechter toetsen de beschikking van de burgemeester. Tegen de beschikking van de rechter tot voortzetting van de maatregel staat geen voorziening open. Wel kunnen de ter isolatie opgenomen persoon of diens raadsman de rechter vervolgens verzoeken de maatregel op te heffen. Ook kunnen de betrokkene of diens raadsman de rechter verzoeken om een schadevergoeding. Deze acties schorten de uitvoering van de maatregel echter niet op.

De leden van de RPF-fractie vroegen verder of een statistisch overzicht is te geven over de aangiftebereidheid van artsen over de afgelopen tien jaar.

Een statistisch overzicht is niet te geven, omdat voor veel van de aangifteplichtige aandoeningen geen aanvullende gegevens beschikbaar zijn waaruit de werkelijke incidentie ervan is vast te stellen. Mede op grond van onderzoek kan gesteld worden dat de aangiftebereidheid groter is als de aandoening ernstiger is, als er een direct besmettingsgevaar voor anderen dreigt en als de diagnostiek op eenduidige wijze kan plaatsvinden. Gegevens zijn bekend over de aangifte van hersenvliesontsteking, kinderverlamming, tuberculose en malaria.

De leden van de SGP-fractie vroegen de regering om ten aanzien van vaccinatie haar trouw te bevestigen aan het tot nu toe gebruikelijke uitgangspunt, namelijk vrijwillige medewerking van de bevolking.

Ten aanzien van dit onderwerp staat dit kabinet op hetzelfde standpunt als het vorige. Het wijst verplichte vaccinatie op praktische gronden af. Het kabinetsstandpunt op het advies «Vaste prik?» (Kamerstukken II, 1993-1994, 22 894, nr. 4) is dus inderdaad nog onverminderd geldig.

3. Aard van de maatregelen

Op de vraag (van leden van de fractie van D66) hoe vaak het voorkomt dat een betrokkene geen vrijwillige medewerking verleent aan het afwenden van ernstig gevaar voor de volksgezondheid is hierboven, in § 1, naar aanleiding van een vraag van de VVD-fractie, reeds ingegaan.

De leden van de fractie van D66 vroegen ook naar de motivering voor weigering van medewerking.

Van motivering voor weigering van medewerking kan veelal nauwelijks gesproken worden. De betrokkene ervaart de bestrijding van zijn besmetting als lastig, ziet het belang ervan niet in, of is primair in beslag genomen door grotere belangen (bijvoorbeeld, in het geval van een verslaafde, het bemachtigen van verdovende middelen).

De leden van de fractie van D66 vroegen ook wat verstaan moet worden onder «ernstig gevaar voor de volksgezondheid».

De aangehaalde zinsnede dient vooral begrepen te worden in termen van de kans dat een besmettelijke aandoening die ernstige ziekte of sterven kan veroorzaken, zich kan verspreiden zonder dat anderen zich redelijkerwijs tegen besmetting kunnen beschermen. Immers, juist dan kan het nodig zijn een maatregel te overwegen tegen een persoon die niet vrijwillig meewerkt aan afwenden van de gevaren van infectieziekten.

4. Plaatsbepaling

Ik onderschrijf de zienswijze van de leden van de SGP-fractie voor wat betreft het evenwicht dat de voorgestelde Infectieziektenwet betracht tussen het belang van de volksgezondheid en het belang van de individuele, aan een infectieziekte lijdende, persoon.

De leden van deze fractie vroegen ook naar de uitvoerbaarheid van de voorgestelde Infectieziektenwet, gezien de soms ingewikkelde verbanden met andere wet- en regelgeving.

Ik verwacht niet dat primair de interactie tussen de verschillende relevante wetten tot veel problemen zal leiden. Aan de plaats van de voorgestelde Infectieziektenwet tussen de andere wet- en regelgeving werd overigens, naar aanleiding van vragen van de VVD-fractie, hierboven in § 1 reeds een passage gewijd.

De leden van de SGP-fractie vroegen ook in hoeverre de regeling van de opnemings ter isolatie in de voorgestelde Infectieziektenwet rekening houdt met de wijzigingsvoorstellen inzake de onvrijwillige opnemings in de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

Zoals reeds in de memorie van toelichting is uiteengezet heeft het voorstel voor een nieuwe Infectieziektenwet raakvlakken met de BOPZ. Het in onderhavig wetsvoorstel neergelegde systeem is in zekere zin afgeleid van de BOPZ. Het gaat evenwel om een veel eenvoudiger systeem. Niet iedere wijziging van de BOPZ heeft automatisch consequenties voor het onderhavige wetsvoorstel. Bij eventuele wijziging van de BOPZ zal uiteraard bezien worden in hoeverre deze effect zal moeten hebben.

5. Reikwijdte van de wet

De leden van de fractie van D66 vroegen hoe de consultatiestructuur van medische deskundigen, genoemd op p. 5 van de memorie van toelichting, er uit ziet.

In de betreffende passage werd bedoeld op de Landelijke Coördinatie-structuur Infectieziektenbestrijding (LCI). Bij brief van 24 oktober 1994 (Kamerstukken II, 1994–1995, 22 894 nr. 8), bent u op de hoogte gesteld van de oprichting van deze structuur. Zij is sinds 1995 operationeel. De LCI zorgt in crisissituaties (op landelijk niveau) voor de coördinatie van de infectieziektenbestrijding. De LCI bestaat uit het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) en het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO). Het LOI bestaat uit vertegenwoordigers van de artsen infectieziektenbestrijding van GGD's en staat onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter

benoemd door de Minister; IGZ en RIVM treden in het LOI op als adviseur. Het LOI is gericht op het professioneel wenselijke beleid. In crisissituaties is de voorzitter van het LOI verantwoordelijk voor het formuleren van het beleid; buiten crisissituaties bevordert het LOI een optimale infectieziektenbestrijding door draaiboeken en protocollen op te stellen. Aan het BAO nemen deel de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Landelijke Vereniging van GGD's en het Ministerie (inclusief het RIVM). Voorzitter is de hoofdinspecteur voor de gezondheidszorg. Het BAO toetst de voorstellen van het LOI op haalbaarheid en bestuurlijke en logistieke uitvoerbaarheid, en stelt het beleid voor de bestrijding vast. Een professioneel secretariaat ondersteunt LOI en BAO. In het najaar van 1997 zal een evaluatie van het LCI plaatsvinden, daarna besluit ik over de wijze waarop de LCI wordt voortgezet. Een en ander werd overigens al gemeld in de meergenoemde nota Infectieziektenbestrijding (Kamerstukken II, 1996–1997, 25 295, nr. 2, in § 2.6).

De leden van de fractie van D66 vroegen ook waarom in artikel 3, derde lid, gekozen is voor een termijn van acht weken.

Voor deze termijn is gekozen omdat dat naar schatting de kortste termijn is waarin het praktisch mogelijk moet zijn een wetsvoorstel als waar het hier om gaat bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal in te dienen.

De fractie van D66 wierp vervolgens de vraag op wat zou moeten gebeuren, ingeval voor een wetsvoorstel als bedoeld in artikel 3, derde lid, de termijn van acht weken niet gehaald zou kunnen worden.

Bedoelde termijn is geen fatale termijn, maar een termijn van orde. De ministeriële regeling ex artikel 3, eerste of tweede lid, vervalt zodra de wettelijke regeling in het Staatsblad verschijnt. De bevoegdheid van de minister van artikel 3, eerste of tweede lid, betreft een spoedprocedure, bedoeld voor zeer uitzonderlijke situaties. Zij maakt het de minister mogelijk om op zeer korte termijn tijdelijk het regime van de A- of B-ziekten toe te passen op een ziekte waarvoor de wet het betreffende regime nog niet mogelijk maakt.

De leden van de SGP-fractie vroegen of het praktisch mogelijk is om, als onderzoek naar de oorzaken en de aard van de ziekte nog gaande is, binnen acht weken een wetsvoorstel als bedoeld in artikel 3, derde lid, bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal in te dienen.

Naar mijn oordeel kan een dergelijk wetsontwerp worden voorbereid, ook in de situatie dat nog weinig medische bijzonderheden bekend zijn over de infectieziekte of het ziektebeeld in kwestie. Met name het ministerie en de Raad van State zullen dan onder tijdsdruk staan. De Raad van State heeft over dit punt in zijn advies echter geen opmerkingen gemaakt. Ook hij acht een periode van acht weken dus blijkbaar niet onrealistisch kort.

6. Melding

De leden van de fractie van D66 vroegen om meer helderheid over wat verstaan wordt onder een «ongewoon groot» aantal gevallen van «lichtere aandoeningen».

Het is de bedoeling om het vooralsnog aan de praktijk (GGD's in overleg met de betrokken instellingen in het werkgebied) over te laten om afspraken te maken over wat zal worden verstaan onder een ongewoon aantal zieken met diarree, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard; dit ook al omdat plaatselijke omstandigheden kunnen nopen tot verschil in benadering. De inspectie zal in overleg met de artsen infectieziektenbestrijding van de GGD's algemene richtlijnen formuleren.

De leden van de fractie van D66 vroegen of de minister de last van het melden in de Wbi werkelijk zo groot acht. Ook vroegen deze leden waaruit men weet dat de aangiftebereidheid van artsen in de huidige praktijk betrekkelijk laag is en of nog andere oorzaken van lage aangiftebereidheid worden vermoed dan het grote aantal te melden ziekten.

Er is uiteraard niet aan te ontkomen dat ieder kennisgeven een zeker tijdsbeslag van de arts vergt. Over de wisselwerking tussen het aantal meldingsplichtige ziekten en de bereidheid van artsen om gevallen van infectieziekten te melden is in § 1 reeds gesproken. De mate van onder-rapportage is voor enkele aandoeningen te schatten uit peilstation-onderzoek en ziektespecifieke cijfers. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat zij per ziekte sterk verschilt. Daarbij is een verband gevonden tussen de ernst van een ziekte en de mate waarin zij wordt aangegeven. Verder wijst nog niet gepubliceerd onderzoek over de aangifte van kinkhoest erop dat het aantal aangiften stijgt ten tijde van een epidemie. Voor hepatitis A wordt de onderrapportage op 60 à 70% geschat. In «Infectieziekten in Nederland» (RIVM 1997) wordt gesteld: «Uit huisartsenpeilstation-onderzoek blijkt dat de aangifte, evenals in het buitenland, een circa 10-voudige onderrapportage kent, afhankelijk van de ziekte.» Enkele variabelen die van invloed zijn op de aangiftebereidheid werden reeds in § 1 genoemd. In dit verband zij er overigens aan herinnerd dat de voorgestelde Infectieziektenwet melding slechts verlangt voor de bestrijding van het besmettingsgevaar, niet voor surveillance-doeleinden.

De wetenschap dat de wet de mogelijkheid biedt tot het nemen van maatregelen heeft in de praktijk bijgedragen aan een effectieve bestrijding van de gevaren van infectieziekten. Niet zelden blieden individuen of instellingen pas bereid actie te ondernemen wanneer hen duidelijk wordt dat maatregelen kunnen worden afgedwongen.

De leden van de fractie van D66 vroegen verder naar de gronden waarop besloten is dat gevallen van de ziekten lepra, parotitis epidemica (bof), schurft, seksueel overdraagbare aandoeningen, tetanus en tularemie onder de voorgestelde Infectieziektenwet niet meer zullen behoeven te worden gemeld.

Het doel van de voorgestelde Infectieziektenwet is nieuwe besmettingen te voorkomen bij een zo terughoudend mogelijk gebruik van dwang of drang. Toepassing van het instrumentarium van de voorgestelde Infectieziektenwet zal al gauw aan de privé-sfeer van mensen raken. Lepra, bof, schurft, tetanus en tularemie worden in dit licht niet meer beschouwd als een dusdanig ernstig gevaar voor de volksgezondheid in Nederland dat het in stelling brengen van dit instrumentarium nog aangewezen zou zijn. Bij seksueel overdraagbare ziekten wordt er de voorkeur aan gegeven de ziektelast langs de weg van gedrags-beïnvloeding terug te dringen. Ik acht het instrumentarium van het ontwerp-Infectieziektenwet voor deze ziekten minder geschikt.

Overigens zijn in de voorgestelde Infectieziektenwet ook enkele ziekten aangewezen als meldingsplichtig die in de Wbi niet aangifteplichtig zijn: hepatitis C, paratyfus A en paratyfus C. Het hepatitis C-virus is een recent ontdekte ziekteverwekker; paratyfus A en paratyfus C zijn toegevoegd vanwege hun gelijkenis met paratyfus B.

De leden van de SGP-fractie vroegen of er aanleiding is te veronderstellen dat de meldingsbereidheid nog meer dan tot nu toe zal kunnen toenemen.

Ik verwacht dat het schonen van de lijst meldingsplichtige ziekten en de invoering van een meldingsplicht voor de laboratoria voor C-ziekten een gunstige uitwerking zullen hebben op de meldingsbereidheid van artsen voor de overblijvende ziekten. Daarnaast is mij bekend dat gewerkt wordt aan verdere verbetering van de terugrapportage van meldingen in overzichten aan de professie. Een goede terugrapportage werkt

waarschijnlijk motiverend op de meldingsbereidheid van de arts. Mogelijk zal melding via beeldscherm en telefoonverbinding de meldingsbereidheid vergroten, zeker als deze melding geïntegreerd wordt in de automatisering van de praktijkvoering van praktiserende artsen. Hierbij kan een rol spelen dat de GGD het standaardscherm kan aanpassen en een aantal rubrieken daarop al kan voorinvullen, afhankelijk van de te melden ziekte en de situatie (bijvoorbeeld epidemie of niet); alsmede dat de GGD de melder wederdiensten kan verlenen in de vorm van overzichten en in de vorm van specifieke informatie over de gemelde ziekte.

7. Maatregelen

De leden van de SGP-fractie vroegen in hoeverre ziekenhuizen erop zijn ingesteld besmettelijke personen tegen hun wil op te nemen en hoe de bepaling dat de opnemingsplaats vindt in een door de minister aangewezen ziekenhuis (artikel 18, eerste lid) zich verhoudt tot de bevoegdheid van de burgemeester te bepalen in welk ziekenhuis de opnemingsplaats wordt gelegd (artikel 15, vierde lid).

Het is de bedoeling dat de minister een klein aantal ziekenhuizen aanwijst waarin een gesloten afdeling wordt ingericht, geschikt voor de opnemingsplaats bedoeld in artikel 14; en dat de burgemeester in zijn beschikking ex artikel 15 één van deze ziekenhuizen aangeeft als het ziekenhuis waar de opnemingsplaats zal worden gelegd. Ten overvloede: er zijn natuurlijk genoeg ziekenhuizen met faciliteiten om personen vrijwillig te isoleren; hetzij patiënten die zeer kwetsbaar zijn voor besmetting of patiënten die besmettingsgevaar voor anderen opleveren.

8. Handhaving

Ten aanzien van de vraag van de leden van de fractie van D66 omtrent de voortgang van de regeling van de bestuurlijke boeten in de Algemene wet bestuursrecht zij vermeld dat rond januari 1998 de Commissie wetgeving algemene regels van bestuursrecht (Commissie Scheltema) een voorontwerp voor een dergelijke regeling zal publiceren. Naar verwachting zal die regeling qua systeem en op hoofdlijnen niet substantieel afwijken van het advies van de Commissie voor de Toetsing van Wetgevingsprojecten (CTW) inzake bestuurlijke boeten uit 1994 – Handhaving door bestuurlijke boeten – en het daarop ingenomen kabinetsstandpunt (Kamerstukken II, 1993–1994, 23 400 VI, nr. 48).

Voorts heeft de Minister van Justitie hetgeen hier als nieuwe Infectieziektenwet wordt voorgesteld getoetst in het kader van de voor alle wetgeving in formele zin gebruikelijke algemene wetgevingstoets. Ook in dit verband zij er op gewezen dat de voorstellen omtrent de figuur van de bestuurlijke boete geheel in lijn liggen met het eerdervermelde advies van de CTW uit 1994 en het daarop ingenomen kabinetsstandpunt.

Artikelen

Artikel 2

De leden van de fractie van D66 wensten een toelichting op artikel 2, het artikel waarin de ziekten worden opgesomd waarop de voorgestelde Infectieziektenwet ziet.

Bedoeld is dat de voorgestelde Infectieziektenwet zich uitstrekt tot alle in artikel 2 genoemde ziekten; echter tot acute voedselvergiftiging of voedselinfectie slechts voor zover het gaat om de situaties omschreven onder 1° en 2°. Binnen de ziekten genoemd in artikel 2 wordt een aantal groepen onderscheiden, voor welke verschillende regimes zullen gelden.

Artikel 5

De leden van de fractie van D66 bepleitten een striktere formulering van de vorm- en termijnvoorschriften inzake de melding, alsmede het gebruik van een formulier voor de melding.

De bij een melding ex artikel 4 te vermelden gegevens worden in artikel 5 uitputtend opgesomd, de toepasselijke termijnen zijn in artikel 4 zelf neergelegd. Een en ander lijkt mij aldus al redelijk strikt geformuleerd.

Over de waarde van een meldingsformulier werd in het voorafgaande reeds gesproken, in § 2, naar aanleiding van vragen van leden van de VVD-fractie.

Artikel 7

De leden van de fractie van D66 stelden voor om over de vorm en de termijn van de berichtgeving ex artikel 7, eerste lid, in de wet meer duidelijkheid te verschaffen. Zij vreesden dat in de nu gekozen formulering het betrokkenen te gemakkelijk wordt gemaakt om van melding af te zien. Sommige scholen aarzelen al om te melden dat hoofdfluis op hun school heerst, zo stelden deze leden.

Het is de bedoeling de wijze waarop en de termijn waarbinnen het hoofd van een instelling de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst op de hoogte stelt vooreerst aan de praktijk over te laten. Ik vertrouw erop dat de betrokken beroepsgroepen en partijen hierin op eigen kracht tot goede afspraken komen. Bovendien streeft het kabinet naar soberheid in de regelgeving. Als de praktijk van de berichtgeving duidelijke tekortkomingen zou vertonen kan een ministeriële regeling als bedoeld in het tweede lid worden overwogen. Ik verwijs ook naar het antwoord op een eerdere vraag van deze leden, aan het begin van § 6.

Artikel 9

De leden van de fractie van D66 vroegen een nadere indicatie omtrent wat in artikel 9, tweede en derde lid, erkennende de verschillen per infectieziekte, beschouwd moet worden als een redelijke termijn.

Na een melding op grond van artikel 6 behoort de termijn waarbinnen de directeur aan de burgemeester de mededeling doet in elk geval zo kort te zijn als past bij de maatregelen die hij (de directeur) voorstelt ter bestrijding van de opgetreden infectieziekte. De directeur die de burgemeester pas zou verwittigen als de infectieziekte al de kans heeft gekregen om zich heen te grijpen, is duidelijk te laat. Als de directeur geen maatregelen nodig acht, is er ook niet zoveel haast met het doen van de mededeling. Na een melding ex artikel 7 is het denkbaar dat het gevaar voor de volksgezondheid al door reguliere maatregelen binnen de betrokken instelling bezworen kan worden. Verwittigen van de burgemeester heeft weinig zin meer als het gevaar van verspreiding inmiddels al weer geweken zou zijn.

Artikel 11

De leden van de VVD-fractie vroegen in welke gevallen de burgemeester het noodzakelijk zou achten gegevens op te vragen, terwijl de directeur geen maatregel nodig acht.

Hierbij kan gedacht worden aan vragen van de burgemeester naar medische bijzonderheden van de situatie. Overigens is met de slotzin van de toelichting op dit artikel slechts bedoeld om – wellicht ten overvloede – te onderstrepen dat de burgemeester in de infectieziektenbestrijding een eigen verantwoordelijkheid heeft.

Artikel 12

De leden van de fractie van de RPF vroegen onder welke omstandigheden de burgemeester, behalve aan de directeur, ook aan andere personen advies zal vragen.

Het gaat over de situatie waarin de burgemeester op het punt staat te besluiten of hij gebruik zal maken van een bevoegdheid die een ernstige inbreuk maakt op grondrechten van de betrokken besmette persoon, veelal onder tijdsdruk. Het is dan zeer wel voorstelbaar dat de burgemeester ook behoefte zal hebben aan het advies van anderen dan de directeur van de GGD, hetzij medisch (een zogenoemde second opinion), over achtergronden van de betrokken persoon, bestuurlijk of anderszins. Het spreekt vanzelf dat het de burgemeester vrij staat zulk advies in te winnen.

Artikel 14

De leden van de RPF-fractie gaven een alternatieve regeling in overweging voor het beëindigen van de opneming ter isolatie, namelijk opneming voor een bepaalde tijd, met de mogelijkheid van verlenging. Zij vroegen ook waarom de burgemeester op eigen initiatief de opneming ter isolatie kan opheffen.

Het voordeel van de nu gekozen opzet ligt naar mijn oordeel in zijn eenvoud. Ieder extra procedure- of uitvoeringsvoorschrift zou de regeling ingewikkelder maken en de uitvoering ervan kwetsbaarder. Verder moet voorkomen worden dat de aandacht voor de casus verslapt zolang de isolatietermijn nog loopt. In de nu gekozen opzet is het best verzekerd dat de isolatie niet langer duurt dan nodig is om het gevaar voor de volksgezondheid af te wenden. Tegen een vaste wettelijke termijn pleit ook dat de lengte van de vereiste isolatietermijn sterk per ziekte en zelfs per casus kan verschillen.

De bevoegdheid van de burgemeester (artikel 15, vijfde lid) om de isolatie op te heffen zodra redelijkerwijs kan worden aangenomen dat het gevaar voor de volksgezondheid is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, past logisch in de nu gekozen opzet.

Artikel 15

De leden van de fractie van D66 vroegen of opneming ter isolatie in elk ziekenhuis en op elk moment mogelijk is, en wat de langste termijn is geweest dat iemand onvrijwillig in isolatie is gehouden.

Op dit moment is er geen somatisch ziekenhuis meer dat beschikt over de voor onvrijwillige opneming vereiste faciliteiten; ik verwijs ook naar de beantwoording hierboven, in § 7. De langste termijn dat iemand onvrijwillig in isolatie is gehouden is ruim vier maanden geweest.

Deze leden vroegen ook wat in de toelichting op artikel 15 wordt verstaan onder «intensief contact» houden met het ziekenhuis.

Gezien de druk die een gedwongen opneming legt op de organisatie van een ziekenhuis kan erop vertrouwd worden dat, zodra het gevaar voor de volksgezondheid is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend, het ziekenhuis dit aan de directeur, aan de burgemeester of aan beiden zal laten weten. Verder zullen de directeur en de burgemeester hun verantwoordelijkheid inzake beoordeling van de noodzaak van voortzetting van een maatregel zeker ernstig nemen.

De leden van de fractie van D66 vroegen ook waaruit de reputatie van therapietrouw of -ontrouw van een ter isolatie gestelde moet blijken en of de termijn van ten hoogste vijf jaar, gedurende welke de directeur persoonsgegevens bewaart van personen over wie een melding op grond van artikel 5 of artikel 6 heeft plaatsgevonden, niet te kort is.

Bedoelde reputatie zal onder meer blijken uit het medisch dossier.
De periode van vijf jaar is het resultaat van een afweging tussen het volksgezondheidsbelang en het privacy-belang van de betrokkene.

Artikel 16

De leden van de VVD-fractie wilden graag inzicht in de procedure, te volgen bij de patstelling die denkbaar is als een ter isolatie opgenomen persoon weigert te laten onderzoeken of hij daadwerkelijk lijdt aan een van de infectieziekten waarop de wet ziet.

In het ontwerp is ervoor gekozen in de bedoelde situatie het respect voor de grondrechten (zoals zelfbeschikkingsrecht en recht op integriteit van het lichaam) van de betrokkene te laten prevaleren. De opnemings kan dus voortduren zolang het gevaar voor de volksgezondheid noch is geweken noch op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend.

De leden van de RPF-fractie vroegen of de stelling in de memorie van toelichting dat een ter isolatie opgenomen persoon niet verplicht kan worden om vragen in het kader van bron- en contactonderzoek te beantwoorden niet te veel gewicht toekent aan het respect voor de rechten van de geïnfecteerde persoon.

Een verplichting om te antwoorden heeft naar mijn mening geen zin omdat een niet meewerkend persoon eenvoudig kan verklaren zich eventuele contacten niet te kunnen herinneren. Het waarheidsgehalte van zulk een verklaring is niet te controleren. Een verplichting is dus niet effectief.

Artikel 18

De leden van de VVD-fractie vroegen of al eisen als bedoeld in artikel 18, tweede lid, zijn opgesteld; en of die in overleg met belanghebbenden zijn tot stand gekomen.

In hoofdstuk III van het ontwerp-Infectieziektenwet is weergegeven onder welke voorwaarden en op welke wijze opname ter isolatie en geneeskundig onderzoek kunnen plaatsvinden. De bedoelde eisen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de wijze van onderzoek, de bouwvoorschriften voor de isolatieruimte, kwalificaties van het betrokken personeel of zaken van organisatorische of huishoudelijke aard. Zulke eisen zullen alleen worden vastgesteld als dat nodig is, en dan inderdaad in overleg met het College van Ziekenhuisvoorzieningen en met de belanghebbenden. Dit is nog niet aan de orde.

Artikel 20

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom de officier van justitie geen onafhankelijk professioneel advies van de hoofdinspecteur behoeft te vragen als hij (de officier) besluit een machtiging tot voortzetting van een maatregel te vorderen.

Als de officier voornemens is een machtiging tot voortzetting van een maatregel te vorderen staat het hem natuurlijk vrij het advies van de hoofdinspecteur in te winnen; maar alleen voor de situatie van artikel 20, derde lid, is advies door de hoofdinspecteur verplicht gesteld. Ik acht juist in dat geval deze verplichting gewenst omdat de officier dan kennelijk het gevaar voor de volksgezondheid als minder ernstig beoordeelt dan de burgemeester en de directeur van de GGD doen. De hoofdinspecteur kan geacht worden het volksgezondheidsbelang in brede zin te overzien.

De officier kan desgewenst uiteraard ook het advies van anderen inwinnen.

Artikelen 31 en 32

De door de leden van de CDA-fractie gevraagde nadere reactie inzake de afweging of een bestuurlijke boete dan wel een strafrechtelijke sanctie moet worden opgelegd is deze. Het niet melden of niet tijdig melden van een infectieziekte door een arts moet naar het oordeel van het kabinet gekenschetst worden als een administratief verzuim, dat een ordelijk optreden van overheidswege tegen infectieziekten bemoeilijkt. Dit is uiteraard laakbaar, maar vormt niet een zodanige inbreuk op de rechtsorde dat de inzet van het strafrecht, gelet op de functie van het strafrecht als ultimum remedium, gerechtvaardigd is. Daarentegen veroorzaakt degene die zich willens en wetens onttrekt aan isolatie serieuze gezondheidsrisico's voor andere personen. Een dergelijk gedrag is vanwege de daaraan verbonden gevaarstelling dermate onverantwoordelijk te achten dat inprenting van de onderliggende verantwoordelijkheidsnorm via strafrechtelijke afdoening aangewezen en proportioneel is.

De vraag van de leden van de VVD-fractie of het niet wenselijk zou zijn een onderscheid te maken tussen opzettelijk en niet-opzettelijk achterwege laten van een melding moet naar het oordeel van het kabinet ontkennend beantwoord worden. Een dergelijk onderscheid zou in twee afzonderlijke delicten resulteren, waarbij in één delictomschrijving opzet als bestanddeel is opgenomen en in de andere niet. Dit zou degene die belast is met de handhaving voor een aantal lastig te beantwoorden vragen stellen, zoals:

- is in het onderhavige geval sprake van het ene (opzettelijk gepleegde) delict of het andere (culpose) delict;
- is de ogenschijnlijke of eventuele opzet te bewijzen;
- weegt de zwaardere «bewijslast» bij het opzetdelict hier op tegen de extra inspanningen die men zich zal moeten getroosten om een relatief gering administratief vergrijp als het onderhavige zwaarder te kunnen aanrekenen;
- welke consequenties moet een opzettelijk achterwege laten van een melding hebben voor de (standaard-)strafmaat, mede in aanmerking genomen dat een afwijking van de (standaard-)strafmaat een afzonderlijke motivering behoeft.

Een dergelijke toename in de werklast voor degene die belast is met de handhaving wordt naar het oordeel van het kabinet niet gerechtvaardigd door de aard en de ernst van het strafbare feit en zou tevens de effectiviteit van het systeem kunnen ondergraven.

De leden van de VVD-fractie informeren voorts wat voor het kabinet de beweegreden is geweest om de vraag op te werpen of en in hoeverre het openbaar ministerie in staat is prioriteit te geven aan vervolging van de overtreding van de meldingsplicht.

Het is nu eenmaal zo dat het aanbod van zaken bij het openbaar ministerie dermate groot is dat niet te ontkomen valt aan prioriteitsstelling. Die prioriteitsstelling kan ertoe leiden dat relatief geringe vergrijpen als de onderhavige in het vervolgingsbeleid niet die aandacht krijgen die in het algemeen wenselijk moet worden geacht. Dit zou er de facto zelfs toe kunnen leiden dat schending van de meldingsplicht straffeloos blijft. Een dergelijk gebrek aan handhaving zou het kabinet in hoge mate betreuen. Om dit te voorkomen heeft het kabinet, ook voor wat betreft de handhaving, aansluiting gezocht bij de bestuurlijke spil in de bestrijding van infectieziekten, de burgemeester.

Het naar de mening van de leden van de D66-fractie vrij lage bedrag van f 200, genoemd in artikel 32, is gebaseerd op de overweging dat de hoogte van de sanctie onder meer de laakbaarheid en de morele

verwerpelijkheid van de misdraging moet weerspiegelen. Beide factoren zijn hier in geringe mate aanwezig.

Een rol voor het Medisch Tuchtcollege is in het geval een arts een infectieziekte niet naar behoren meldt zeker denkbaar. Het Medisch Tuchtcollege toetst op klacht van een belanghebbende of een bepaald handelen of nalaten door een arts tuchtrechtelijk door de beugel kan. De toetsingsnormen zijn thans opgenomen in de Medische Tuchtwet en – met ingang van 1 december 1997 – in haar opvolger voor wat betreft het tuchtrecht, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Ingevolge artikel 47 van laatstgenoemde wet is een arts aan tuchtrecht-spraak onderworpen ter zake van:

a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:

1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

Gelet op het open karakter van deze normen is het onder omstandigheden zeker mogelijk dat het achterwege laten van een melding als een tuchtrechtelijk vergrijp moet worden aangemerkt.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de RPF-fractie moet opgemerkt worden dat naar het oordeel van het kabinet de bestuurlijke boete meer perspectief biedt op handhaving van de voorgenomen regeling dan strafrechtelijke afdoening. De burgemeester is bij uitstek het bestuursorgaan om de meldingsplicht te handhaven. Hij is ook, ondersteund door de directeur van de GGD, op de hoogte van de omstandigheden van het geval. Het is daarbij – zoals hierboven ook al aan de orde is gekomen – de vraag of en in hoeverre het openbaar ministerie in staat is prioriteit te geven aan vervolging van de overtreding van de meldingsplicht.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Bijlage:

gemiddeld aantal meldingen per diagnose (ziekten, genoemd in artikel 2 van het ontwerp-Infectieziektenwet), 1992–1996

kinderverlamming	14
bacillaire dysenterie	358
botulisme	0
buiktyfus	64
cholera	3
difterie	0
febris recurrens	0
hepatitis A	922
hepatitis B	231
hepatitis C	*
hondsdolheid	0
kinkhoest	819
mazelen	297
meningokokkose	490
paratyfus A	*
paratyfus B	10
paratyfus C	*
pest	0
tuberculose	1 632
virale hemorrhagische koorts	0
vlektyfus	0
voedselvergiftiging + voedselinfectie	831
brucellose	3
gele koorts	0
legionellose	40
leptospirose	20
malaria	252
miltvuur	0
ornithose/psittacose	59
Q-koorts	22
rodehond	20
trichinose	1

* In de Wbi niet aangifteplichtig.
Bron: IGZ Jaarrapportage 1996.