

Nota van toelichting

I ALGEMEEN

Deze algemene maatregel van bestuur is gebaseerd op [het voorstel voor] de Wet publieke gezondheid (Kamerstukken II 2007-2008, 31 316). De Wet publieke gezondheid is tot stand gebracht om de op 23 mei 2005 door de Wereldgezondheidsvergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie aangenomen Internationale Gezondheidsregeling te implementeren (Trb. 2007, 34; hierna: IGR genoemd). Deze nieuwe internationale afspraken op het terrein van de infectieziektebestrijding noodzaakten tot aanpassing van de nationale infectieziekteregeling. Daarbij was het nodig om drie wetten te integreren: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet. Deze drie wetten zijn ingetrokken en vervangen door de Wet publieke gezondheid. Daarmee is ook de op de drie genoemde wetten gebaseerde regelgeving vervallen. Daartoe behoren drie algemene maatregelen van bestuur: het op de Wet collectieve preventie volksgezondheid gebaseerde Besluit collectieve preventie volksgezondheid, het Besluit jeugdgezondheidszorg, en het op de Quarantainewet gebaseerde Besluit toelating tot het vrije verkeer luchtvaartuigen. Ter implementatie van de IGR zijn de bepalingen uit laatstgenoemd besluit nu in aangepaste vorm in de Wet publieke gezondheid opgenomen. De bepalingen uit het Besluit collectieve preventie volksgezondheid zijn, deels inhoudelijk aangepast vanwege de implementatie van de IGR, in de onderhavige algemene maatregel van bestuur opgenomen. De bepalingen uit het Besluit jeugdgezondheidszorg zijn, enige redactionele wijzigingen daargelaten, inhoudelijk ongewijzigd in de onderhavige algemene maatregel van bestuur opgenomen. Vanwege de implementatie van de IGR zijn daarnaast enkele nieuwe bepalingen ter zake van de infectieziektebestrijding opgenomen. Deze bepalingen hebben in hoofdzaak betrekking op de krachtens de Wet publieke gezondheid aangewezen havens en luchthavens. Zij zijn in overleg met vertegenwoordigers van deze branche opgesteld en het nut ervan wordt door hen onderkend.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel 2

Dit artikel vormt de uitwerking van artikel 2, derde lid, van de Wet publieke gezondheid, voor zover het gaat om het stellen van nadere regels over het bepaalde in artikel 2, tweede lid, van de wet.

Het eerste lid werkt uit wat in ieder geval onder het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking moet verstaan in samenhang met het bevorderen van de psychosociale hulp bij rampen. Daarmee wordt aangesloten bij de praktijk zoals deze al gold op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Het gaat hier dus om specifiek gezondheidsonderzoek naast het reguliere onderzoek dat op grond van artikel 2, tweede lid, onder a, van de wet moet worden uitgevoerd. Duidelijk wordt gemaakt dat daartoe behoort het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die worden getroffen door een ramp. Om dit mogelijk te maken zal het ook nodig zijn om voorbereidingen te treffen opdat na een ramp dit onderzoek kan worden doorgevoerd.

Het tweede lid vormt de neerslag van wat voorheen op grond van artikel 2, onder a, van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid gold. Hetgeen in artikel 2, onder b, van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid stond, is niet meer teruggekeerd omdat hiervan geen gebruik werd gemaakt en het niet de verwachting is dat zulks zal gaan gebeuren.

Het derde lid werkt uit wat in ieder geval onder het bevorderen van medisch milieukundige zorg moet worden verstaan. Voorheen stond deze tekst in artikel 2, tweede lid, onder d, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Medische milieukunde wordt beschouwd als de leer van de invloed van de fysieke omgeving op de gezondheid van de mens. Ter verduidelijking is in het derde lid toegevoegd dat tot het adviseren van de bevolking over risico's ook het gezondheidkundig adviseren over gevaarlijke stoffen behoort.

Het vierde lid werkt uit wat in ieder geval onder het bevorderen van technische hygiënezorg moet worden verstaan. Voorheen stond deze tekst in artikel 2, tweede lid, onder e, van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Technische hygiënezorg omvat het volgende: nagaan waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen (bijvoorbeeld legionella, hepatitis B of bacteriën die infecties van het maag-darmkanaal veroorzaken) en maatregelen voorstellen om die in te dammen. Dit kan, behalve door de gemeentelijke gezondheidsdienst, ook door anderen worden gedaan. De gemeente dient zich ervan te vergewissen dat bedrijven passende maatregelen nemen. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor plaatsen waar grote evenementen worden gehouden. Bij deze bedrijven dient onder meer te worden gedacht aan kinderdagverblijven, basisscholen, piercing- en tatoeagestudio's, bordelen, sauna's, grootkeukens, voorzieningen voor nachtopvang en asielzoekerscentra.

Artikel 3

De artikelen 3 tot en met 10 regelen de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en bevatten de tekst van het Besluit jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Bij de uitvoering staat naast het kind ook de opvoeder centraal en wordt rekening gehouden met de omgeving waarin het kind opgroeit. De ontwikkeling van kinderen wordt gevolgd om tijdig verstoringen te signaleren en zonedig in te grijpen.

Artikel 3 komt overeen met de inhoud van artikel 2 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bevat de vijf gemeentelijke werkzaamheden zoals omschreven in artikel 5, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid. Dit basistakenpakket jeugdgezondheidszorg wordt op grond van het eerste lid van artikel 3 onderverdeeld in een uniform deel en een maatwerk deel. Het uniform deel betreft de zorg die aan iedere jeugdige uit de doelgroep moet worden aangeboden. De nadere uitvoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg geschiedt op basis van richtlijnen. Het maatwerk deel wordt afgestemd op zowel de specifieke zorgbehoeften van individuen als lokale of demografische en epidemiologische gegevens; met andere woorden: op de lokale gezondheidssituatie. Het aanbod kan zowel individueel als groepsgewijs worden ingevuld.

Artikel 4

Artikel 4 komt overeen met de inhoud van artikel 3 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. De genoemde werkzaamheden worden verricht om de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand te signaleren. Ook worden hiermee mogelijke gezondheidsbevorderende en -bedreigende ontwikkelingen gesignaleerd.

Bij het afnemen van de algemene anamnese, de ter zake relevante voorgeschiedenis van de jeugdige, wordt ook gelet op de samenstelling van het gezin waartoe de jeugdige behoort en de eventuele erfelijke belasting van de jeugdige.

Bij het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige wordt gelet op de algemene indruk die hij of zij maakt, de houding, de wijze van bewegen, de hygiëne, de huid, de hoedanigheid van hoofd, hals, romp, buik, geslachtsdelen en extremiteiten.

Bij het beoordelen van de groei wordt gelet op lengte naar leeftijd (zuigelingen, peuters en schoolkinderen), het gewicht naar leeftijd (zuigelingen), de hoofdomtrek (zuigelingen) en het gewicht naar lengte (peuters en schoolkinderen).

Bij het beoordelen van de ontwikkeling wordt gelet op psychische, motorische, cognitieve en sociale aspecten, op spraak en taal en op de seksuele ontwikkeling.

Bij het beoordelen van de functies betreft het lichamenlijk functioneren, psychisch functioneren, emotioneel functioneren en sociaal functioneren.

Bij het beoordelen van medisch biologische parameters wordt gelet op het volgen van de lichamelijke groei, de vaccinatiëgraad, eventuele verwijzingen en op het vóórkomen van ziekten en afwijkingen.

Bij het in kaart brengen van het gedrag wordt gelet op het voedingspatroon, eventuele verslaving, pesten, geweld, schoolverzuim, afwijkend gedrag, vrijetijdsbesteding en sport.

Bij het beoordelen van het sociaal milieu wordt gelet op de woonsituatie, het eventuele gebruik van kinderopvang, de schoolsituatie, veranderingen, discriminatie, mishandeling en criminaliteit.

Bij het beoordelen van het fysiek milieu wordt gelet op fysieke omstandigheden die de gezondheidstoestand van de jeugdige bevorderen dan wel bedreigen: huisvesting, scholen, buitenschoolse opvang, speelgelegenheden, groenvoorzieningen, milieu en verkeersveiligheid.

Bij het in kaart brengen van het zorgsysteem wordt gelet op het plaatselijke netwerk van voorzieningen voor kinderen en jongeren.

Artikel 5

Artikel 5 komt overeen met de inhoud van artikel 4 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het inschatten van de verhouding tussen draagkracht en draaglast is een voorwaarde voor het afstemmen van de zorg op het individu. Bij het inschatten van de verhouding tussen draaglast en draagkracht van de jeugdige en het gezin waartoe hij of zij behoort en bij het inschatten van hun behoefte aan advies en voorlichting, wordt gelet op alle relevante gegevens en omstandigheden.

Artikel 6

Artikel 6 komt overeen met de inhoud van artikel 5 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Gestandaardiseerd onderzoek van de ogen vindt plaats op zuigelingen en peuters. Het gaat daarbij met name om amblyopie en op gezichtsscherpte op kleuter en schoolleeftijd.

Bij jongens vindt gestandaardiseerd onderzoek plaats naar de lokalisatie van de testes.

Bepaalde congenitale hartafwijkingen kunnen in het eerste levensjaar door systematisch onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg worden opgespoord.

Voor het screenen van spraak- en taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters bestaat er een landelijk gebruikte standaard.

Vaccinatie tegen hepatitis B of tegen tuberculose wordt slechts aangeboden als wordt vermoed dat de jeugdige ter zake risico loopt.

Artikel 7

Artikel 7 komt overeen met de inhoud van artikel 6 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Zorgverlening op maat ligt in het verlengde van het inschatten van de zorgbehoefte, want op basis van de uitkomsten van de algemene anamnese, beoordeling van lichamelijke verschijning, groei, ontwikkelingsfuncties, het inschatten van de verhouding van de draaglast en draagkracht, het inschatten van de voorlichtingsbehoefte en het bepalen van ontvangen zorg en medische consumptie, zal zorg worden verleend. Voor zover die zorg niet tot het uniform deel behoort, is deze altijd op maat.

Het inschatten van zorgbehoefte op doelgroep- en populatieniveau leidt tot het onderkennen van risicogroepen. Vervolgens kan op de kenmerken van die groep afgestemde zorg worden verleend.

Artikel 8

Artikel 8 komt overeen met de inhoud van artikel 7 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Voorlichting wordt individueel afgestemd op de behoefte van de cliënt. Het inschatten van die behoefte moet dus daaraan zijn voorafgegaan. De overgangen tussen voorlichting, advies, instructie en begeleiding zijn vloeiend, maar in alle gevallen staat het preventieve karakter voorop. Naar de aard van de voorlichting kan onderscheid worden gemaakt in risicoreducerende, ontwikkelingsondersteunende en zorggerichte voorlichting.

Risicoreducerende voorlichting is over het algemeen anticiperende voorlichting. Het heeft een primair preventief karakter en loopt vooruit op risicovolle situaties die inherent zijn aan de ontwikkelingsfasen van het kind. Voorbeelden zijn: voorlichting over voeding, veiligheid, de risico's van alcohol, tabak en drugs.

Ontwikkelingsondersteunende voorlichting is vooral gericht op het bevorderen van een goede ontwikkeling van het kind en op de rol van de ouders of verzorgers bij de opvoeding. Deze voorlichting kan anticiperend van aard zijn, maar ook secundair preventief worden gegeven op basis van signalen of vragen. De overgang tussen voorlichting en advies is vloeiend. Aangezien de

voorlichting op maat gebeurt, geldt voor de activiteiten dat zij zeer variabel kunnen zijn naar onderwerp.

Zorggerichte voorlichting is vooral gericht op het informeren over zorgvoorzieningen en het geven van uitleg en toelichting op verwijzingen en behandelingen. In alle gevallen gaat het om maatwerk omdat de voorlichtingsbehoefte van elke ouder verschillend is.

Artikel 9

Artikel 9 komt overeen met de inhoud van artikel 8 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Het formuleren van maatregelen gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen in het gezin is afhankelijk van de vastgestelde bedreigingen. Doorgaans zal voor een individueel afgestemde maatregel worden gekozen waarbij zoveel mogelijk zal worden verwezen naar instellingen en voorzieningen die deel uitmaken van het netwerk van de jeugdgezondheidszorg.

Op basis van bepaalde kenmerken, waarbij onder meer wordt gedacht aan gezinnen met een lage sociaal economische status, één ouder gezinnen, mensen met ontwikkeling- en taalachterstanden, kunnen potentiële risicogroepen worden onderscheiden. Afhankelijk van welke bedreigingen daadwerkelijk zijn vastgesteld, zal vervolgens voor een op die groep afgestemde maatregel worden gekozen.

Het formuleren van maatregelen die zijn gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen in de buurt of op school, is afhankelijk van de vastgestelde bedreigingen en kan zowel een individueel afgestemde maatregel betreffen als een op de bedreigde groep afgestemde maatregel.

Artikel 10

Artikel 10 komt overeen met de inhoud van artikel 9 van het Besluit jeugdgezondheidszorg. Indien het college van burgemeester en wethouders besluit om de uitvoering van de taken of onderdelen van taken, bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder a tot en met d, van de Wet publieke gezondheid over te laten of mede over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst, geldt het bepaalde in artikel 10. Dat houdt in dat de eisen, die ter zake van de deskundigheid van de uitvoerders van de jeugdgezondheidszorg bij de gemeentelijke gezondheidsdienst gelden, door het college ook zullen moeten worden gehanteerd indien zij anderen dan de gemeentelijke gezondheidsdienst voor die uitvoering wil inschakelen.

Artikel 11

Dit artikel vormt de uitwerking van artikel 6, derde lid, van de Wet publieke gezondheid en bevat deels de inhoud van wat op grond van artikel 3 van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid gold. Er zijn ook enkele aanpassingen in de tekst doorgevoerd en enkele nieuwe elementen toegevoegd.

Artikel 6, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid maakt de burgemeester verantwoordelijk voor het nemen van de nodige bestrijdingsmaatregelen, onder meer bij een epidemie of een directe dreiging daarvan. Het gaat daarbij zowel om de dwingende maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V van de Wet publieke gezondheid, als om alle denkbare andere nodige maatregelen die op basis van de vrijwillige medewerking van de bevolking kunnen worden uitgevoerd. Bij laatstgenoemde soort maatregelen kan worden gedacht aan het aanbieden van vaccinaties of profylactische middelen aan groepen in de bevolking. De burgemeester is niet verantwoordelijk voor de algemene infectieziektebestrijding en het in dat kader nemen van preventieve maatregelen. Die taak berust, op grond van artikel 6, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid, bij het college van burgemeester en wethouders, en kan ook worden gezien als voorbereidend op het zonodige optreden ('outbreakmanagement') van de burgemeester. Het college van burgemeester en wethouders is daarnaast onder meer ook verantwoordelijk voor de bestrijding van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing. Deze taken voor het college worden in dit artikel nader uitgewerkt. De inhoudelijke aanpassingen beogen de uitvoering van de infectieziektebestrijding te verbeteren. De directe aanleiding is de implementatie van de IGR. Zij steunen verder op het in 2004 uitgebrachte advies van de Stuurgroep Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding (VISI, onder auspiciën van GGD Nederland, de Vereniging van Nederlandse

Gemeenten en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) dat is neergelegd in het advies 'Normering Algemene Infectieziektebestrijding' (GGD Nederland 2004).

Onderdeel a bepaalt dat het college ervoor dient te zorgen dat de gemeentelijke gezondheidsdienst te allen tijde bereikbaar is om de meldingstaken, bedoeld in de Wet publieke gezondheid, goed te kunnen uitvoeren.

Onderdeel b draagt het college op om te zorgen voor het doorlopend verzamelen, analyseren en toepassen van epidemiologische gegevens over infectieziekten ('surveillance'). Dit was al eerder opgenomen in artikel 3 van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid. De actieve bron- en contactopsporing bij meldingen, die ook was opgenomen in artikel 3 van dat besluit, komt in dit artikel niet terug. De taak, een kerntaak bij de infectieziektebestrijding, staat al artikel 6, eerste lid, onderdeel c, van de Wet publieke gezondheid zelf genoemd.

Met onderdeel c wordt het college opgedragen om te zorgen voor een actief en anticiperend bestrijdingsbeleid, met name ten aanzien van specifieke risicogroepen of risicovolle installaties. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan trendonderzoek naar seksueel gedrag en het opsporen van risico's ten behoeve van gerichte voorlichting over seksueel overdraagbare aandoeningen onder jongeren. Ook het vaststellen van programma's voor het gebruik van schone naalden onder druggebruikers of de inventarisatie van natte koelinstallaties in de gemeente in verband met legionella-preventie, vallen hieronder. In samenhang met deze opdracht is ook onderdeel i opgenomen. Dat draagt het college op om te zorgen voor de deelname aan toegepast wetenschappelijk onderzoek. Effectieve methoden van aanpak van infectieziekten kunnen niet worden ontwikkeld zonder gemeentelijke medewerking.

De onderdelen d en e zijn overeenkomstig de onderdelen f, i en j van artikel 3 van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid. Ter verduidelijking dient te worden opgemerkt dat preventieve bronbehandeling bij tuberculose betekent: diagnostiek en curatieve zorg voor tuberculosepatiënten. Dit is inclusief de 'Directly Observed Therapy' (DOT) als therapietrouw bij langdurige medicatie moet worden gevolgd om terugval in besmettelijkheid of resistentie tegen de medicijnen te voorkómen. In bijzondere gevallen kan het in dat verband vóórkomen dat de gemeentelijke gezondheidsdienst de coördinatie van zorg en de begeleiding van sociaal zwakke patiënten tijdelijk op zich moet nemen, wanneer andere hulpverleningsorganisaties niet aanwezig zijn en infectiegevaar voor de gemeenschap moet worden afgewend.

Onderdeel f bepaalt dat het college moet zorgen voor de netwerkfunctie tussen de betrokken medische instanties en de gemeentelijke gezondheidsdienst ter zake van de infectieziektebestrijding. Deze is nodig voor een goed verlopende 'surveillance' en meldingsystematiek, alsook voor de communicatie en uitvoering indien (grootschalig) ingrijpen nodig is. Daarnaast is dit ook nodig voor de informatieverstrekking, de coördinatie en het overleg tussen hulpverleningsorganisaties op het terrein van specifieke infectieziekten, bijvoorbeeld op het terrein van de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en bij de preventie van aids.

Onderdeel g draagt het college op te zorgen voor een goede algemene voorbereiding voor het door de burgemeester, samen met de gemeentelijke gezondheidsdienst, zonodig te voeren 'outbreakmanagement' bij een epidemie van een infectieziekte. Hoewel deze bestrijding niet altijd hoeft te leiden tot de inzet van andere diensten en organisaties, is die mogelijkheid zeer wel aanwezig. Tot een goede algemene voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behoort daarom ook het voorbereiden en oefenen van de samenwerking met politie en brandweer, alsook met de betrokkenen bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Bij deze voorbereiding kan worden gedacht aan de voorbereiding op massavaccinaties, zoals de meningokokken-C campagne in 2003, de voorbereiding op de hulpverlening bij massale voedselinfecties of aan een complexe contactopsporing en -waarschuwing. Voor deze situaties zijn ook draaiboeken uitgewerkt. In de Wet publieke gezondheid staat overigens in artikel 8 bepaald dat het college in het kader van de preventie de maatregelen dient toe te passen die de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport opdraagt om te treffen bij de voorbereiding op de bestrijding van infectieziekten behorende tot groep A of een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat. Dit biedt de mogelijkheid om specifieke maatregelen voor te schrijven.

Onderdeel h omvat het aanbieden van vaccinaties aan risicogroepen. Dit aanbod is gericht op specifieke groepen en staat los van het Rijks Vaccinatie Programma (RVP). Hierbij moet worden gedacht aan kinderen met een verhoogd risico op tuberculosebesmetting, aan volwassenen met een verhoogd risico op hepatitis B, aan kinderen met een ouder afkomstig uit een land waar hepatitis C endemisch is.

De inhoud van de tekst van artikel 3, derde lid, van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid is niet meer teruggekeerd. Daarin stond een nadere uitwerking van de preventie van aids. Er is inmiddels voldoende consensus dat de hiv/aids-preventie onderdeel uitmaakt van de taak om seksueel overdraagbare aandoeningen te bestrijden. Zowel de begeleiding van patiënten als de coördinatie tussen hulpverlenende organisaties en overige preventieactiviteiten – voorheen kenmerkend voor de programma's rondom hiv/aids – vallen onder de algemene bestrijdingstaak van artikel 6, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid, alsook onder het gespecificeerde in de hierboven beschreven onderdelen b, c, d en f, en behoeven geen nadere uitwerking meer.

Artikel 12

Dit artikel vormt de uitwerking van artikel 19 van de Wet publieke gezondheid en omvat de infectieziekten behorende tot groep C.

Artikelen 13 en 14

Op grond van artikel 49, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid dient het voorzieningenniveau, bedoeld in artikel 20, eerste lid, en bijlage 1 van de IGR, te worden voorgeschreven voor de havens en luchthavens, alsmede te worden voorgeschreven aan welke eisen deze voorzieningen moeten voldoen. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt bij regeling, in overeenstemming met de Minister van Verkeer en Waterstaat dan wel de Minister van Defensie, voor welke havens en luchthavens dit geldt. Op die wijze wordt vervangen wat voorheen ter zake was bepaald in de Quarantainewet.

Twee voorzieningenniveaus

Er worden twee verschillende niveaus gehanteerd. Het hoogste niveau voor de categorie A aangewezen havens en luchthavens en een iets lager niveau voor de categorie B aangewezen havens en luchthavens. De categorie A (lucht)havens hebben het grootste risico op internationale verspreiding van infectieziekten. Het onderscheid in voorzieningenniveaus is gemaakt om recht te doen aan het verschillende risicoprofiel van de diverse (lucht)havens en de haalbaarheid van de daar in te stellen voorzieningen en te nemen maatregelen. Het is niet nodig om alle (lucht)havens met internationaal verkeer aan het maximale voorzieningenniveau te onderwerpen. Tegelijkertijd zijn risico's niet uit te sluiten en is het wel zinvol en billijk om een basaal niveau van voorzieningen te verlangen op (lucht)havens met internationaal verkeer van enige omvang. Overigens zijn in hoofdstuk V, paragraaf 6, van de Wet publieke gezondheid voor alle aangewezen (lucht)havens de bevoegdheden van de burgemeester om op te treden verruimd en geldt er een plicht tot melding van besmettelijke ziekten voor gezagvoerders.

Vooralsnog worden bij ministeriële regeling alleen de luchthaven Schiphol en de haven van Rotterdam als behorende tot categorie A aangewezen. Er doen zich op het terrein van de infectieziekten telkens nieuwe dreigingen voor. De keuze voor welke (lucht)havens tot de categorie A of B worden aangewezen, alsmede de voorgeschreven voorzieningenniveaus, zijn gebaseerd op de huidige situatie en de daarbij horende profielen van dreiging. Hoewel hiermee veel verschillende (dreigingen) van infectieziekte-uitbraken kunnen worden opgevangen, is het niet uitgesloten dat hierin in de toekomst nog wijzigingen plaatsvinden.

Eisen voor alle (lucht)havens

Alle op grond van de Wet publieke gezondheid aangewezen (lucht)havens dienen op grond van artikel 13, eerste lid, te beschikken over een plan voor noodsituaties waarin is beschreven hoe wordt gehandeld wanneer (mogelijk) geïnfecteerde passagiers of besmette goederen de (lucht)haven bereiken. Daarin dient ook een coördinator te worden benoemd. De activiteiten die in ieder geval

moeten zijn beschreven in het plan staan vermeld in artikel 13, tweede lid, onder a tot en met f. Op grond van het tweede lid, onder g, moet het daarnaast duidelijk zijn hoe wordt samengewerkt met betrokken diensten en organisaties en hoe de verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de verschillende activiteiten verdeeld zijn. Een belangrijke dienst in dit kader is natuurlijk de gemeentelijke gezondheidsdienst. Deze dienst is immers primair verantwoordelijk voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Een maatregel als quarantaine zal bijvoorbeeld altijd door de gemeentelijke gezondheidsdienst, onder verantwoordelijkheid van de bevoegde autoriteiten, moeten worden uitgevoerd en niet door personeel van de (lucht)haven. Dat geldt overigens ook voor het optreden met betrekking tot besmette goederen, zowel in de (lucht)haven als bij schepen of luchtvaartuigen. Het daadwerkelijke optreden zal geschieden door of onder verantwoordelijkheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst, dan wel in opdracht van de gemeente door de vervoerexploitant. In het noodplan zal voor al deze situaties wel moeten worden aangegeven hoe dit optreden in de (lucht)haven mogelijk is en welke (ondersteunende) rol de (lucht)haven hierin heeft. Het plan dient daarom in elk geval in nauw overleg met de gemeentelijke gezondheidsdienst te worden opgesteld. Het met de infectieziektebestrijding belaste onderdeel van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal de gemeentelijke gezondheidsdiensten van de betreffende gemeenten ondersteunen bij de uitwerking van zijn activiteiten.

Hoewel in de plannen voor zowel de categorie A- als de categorie B (lucht)havens dezelfde processtappen moeten worden beschreven, zullen de plannen verschillend in uitvoerigheid moeten zijn. Zo zullen op de categorie A (lucht)havens meer activiteiten op de (lucht)haven zelf moeten worden uitgevoerd, terwijl voor de categorie B (lucht)havens zal worden verwezen naar andere dienstverleners. Dit hangt samen met de verplichting tot het hebben van een parate dienst voor de categorie A (lucht)havens die te allen tijde bepaalde functionaliteiten moet kunnen vervullen. Ook zal de omvang van de problematiek waarop men zich voorbereidt verschillend zijn. Dit is gerelateerd aan de omvang van het internationaal verkeer en afspraken over het verlenen van bijstand door de categorie A (lucht)havens. Verder zullen door de Wereldgezondheidsorganisatie aan te bevelen maatregelen, bijvoorbeeld het instellen van in- en uitgangscntrole, naar verwachting wel op de categorie A (lucht)havens worden toegepast en niet elders.

Relatie luchtvaartsector

Vanuit de International Civil Aviation Organization (ICAO) worden richtlijnen voorgeschreven gericht aan luchthavens ten aanzien van de voorbereiding en bestrijding van besmettelijke ziekten. Een belangrijk element hierin is eveneens de planvorming. Het ligt voor de hand dat er op de luchthaven één plan gemaakt wordt hoe om te gaan met noodsituaties op het gebied van de volksgezondheid. Met de verplichting in artikel 13 wordt voor de luchthavens ook op dat plan gedoeld.

In dit plan dient ook te worden voorzien in situaties waarbij een luchtvaartuig dient uit te wijken naar een andere luchthaven dan die van bestemming. Vanwege de categorie A status van Schiphol is het in bijzondere omstandigheden gewenst dat een luchtvaartuig met een categorie B luchthaven als bestemming naar Schiphol uitwijkt. Op grond van artikel 52 van de Wet publieke gezondheid is de Minister van Verkeer en Waterstaat degene die, na overleg met de Minister van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport, daartoe kan besluiten. Daarom zal dit deel van het plan in overleg met vertegenwoordigers van beide ministers moeten worden opgesteld. Daarbij is het in het bijzonder van belang dat de keten van melden – met tussenkomst van de luchtverkeersleiding – en besluitvorming goed in het plan wordt uitgewerkt.

Extra eisen voor categorie A aangewezen (Lucht)havens op grond van artikel 14

De categorie A aangewezen (lucht)havens dienen naast een noodplan ook te beschikken over 24 uur per dag bereikbare en parate crisisdienst. Deze dienst dient te beschikken over voldoende opgeleid en geoefend personeel om er te allen tijde zorg voor te kunnen dragen dat:

- direct noodzakelijke medische diensten worden verleend (diagnostiek, behandeling);
- op grond van de Wet publieke gezondheid verplicht te melden situaties direct worden gemeld aan de bevoegde autoriteiten;

- vervoer van zieke reizigers plaatsvindt naar een passende medische faciliteit;
- het noodplan wordt uitgevoerd indien dit aan de orde is.

Op grond van de Quarantainewet dienden verschillende aangewezen (lucht)havens in Nederland al te beschikken over een gezondheidsdienst. In een ideaal geval valt de crisisdienst samen met de aanwezige medische dienst op de (lucht)haven die in bovengenoemde functies kan voorzien. Indien dit niet mogelijk is, dient de (lucht)haven op een andere manier te kunnen garanderen dat er onverwijld kan worden voorzien in de direct noodzakelijk medische dienstverlening.

De categorie A (lucht)havens dienen tevens te beschikken over een ruimte waar verdachte of getroffen personen, afgezonderd van andere reizigers, kunnen worden ondervraagd en zondig ook in quarantaine kunnen worden gehouden. Het is niet nodig om deze faciliteit op alle (lucht)havens te verlangen omdat de kans dat quarantaine zal moeten worden toegepast klein is. De ruimte bij de luchthaven Schiphol dient voor een directe opvang van reizigers die aan een controle of quarantainemaatregel worden onderworpen. Indien sprake is van het voortzetten van de quarantainemaatregel is het de bedoeling dat deze reizigers daarna zo spoedig mogelijk in een andere door de burgemeester aan te wijzen locatie worden ondergebracht, verwijderd van de luchthaven. Met betrekking tot een daarvoor geschikte locatie zijn door de gemeente al voorzieningen getroffen. Hiermee zal in het noodplan, bedoeld in artikel 13, ook rekening moeten worden gehouden.

Artikelen 15 en 16

Op grond van artikel 62 van de Wet publieke gezondheid kan de gemeente een beroep doen op het Rijk ter bekostiging van de te treffen maatregelen. In de artikelen 15 en 16 worden hierover regels gesteld.

Het is wenselijk dat de overheid voor vergelijkbare situaties zoveel mogelijk dezelfde uitgangspunten en procedures hanteert. Daarom zijn de beide artikelen zo veel als mogelijk geredigeerd aan de hand van de tekst van het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten (Stb. 50, 2002).

Artikel 15 koppelt de eventuele financiële uitkering aan die situaties waarin de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maatregelen oplegt aan de burgemeester bij de bestrijding van infectieziekten behorende tot de categorie A en bij het overnemen van aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. De vergoeding op grond van het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten is gekoppeld aan het begrip ramp. Hoewel het in de situatie waar artikel 62 op doelt niet om een ramp hoeft te gaan, is er ook dan sprake van een ernstige situatie.

Evenals in het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten zal alleen een bijdrage worden verschaft voor kosten die voortvloeien uit daadwerkelijk te treffen maatregelen en de gevolgen daarvan. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bestrijdingsmaatregelen zoals vaccinatie of de kosten voor het isoleren van getroffen personen. Het gaat hier om kosten die de gemeente niet had kunnen voorzien en daarom niet in de begroting heeft opgenomen. Alleen de kosten die uitstijgen boven de begrote kosten komen voor een bijdrage in aanmerking. Deze kosten worden verminderd met de kosten die de gemeente op een andere manier vergoed krijgt.

Ook geldt, evenals in het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten, een drempelbedrag van €45.000 waaronder geen vergoeding wordt uitgekeerd. In het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten heeft dit bedrag een principiële achtergrond. Op die manier wordt de gedeelde verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten tot uitdrukking gebracht. Voor de Wet publieke gezondheid geldt dit principe niet. Hier draagt immers de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de gemeente op om maatregelen te treffen en derhalve kosten te maken. In artikel 15 dient dit bedrag als een drempel te worden beschouwd opdat de administratieve last binnen de perken wordt gehouden. Wanneer de kosten van de maatregelen het drempelbedrag te boven gaan, wordt het gehele bedrag (inclusief de € 45.000) uitgekeerd.

De procedures voor aanvraag van een bijdrage in de kosten en de afhandeling daarvan zijn ook overgenomen uit het Besluit rijksbijdragen bijstand- en bestrijdingskosten. De gemeente dient de aanvraag uiterlijk 12 maanden na het einde van de te treffen maatregelen in te dienen bij de minister. De minister dient zes maanden na indiening een besluit te nemen. Er is op één punt een afwijking ten opzichte van de aanvraag- en beslissingsprocedure ten opzichte van het besluit rijksbijdragen

bijstands- en bestrijdingkosten. Dit hangt samen met het feit dat infectieziekten, in tegenstelling tot rampen, soms een veel langduriger verloop kennen. Zo kunnen uitbraken van infectieziekten niet altijd in korte tijd onder controle worden gebracht, met name in minder ontwikkelde delen van de wereld. Deze situaties kunnen gedurende langere tijd mondiaal een ernstige bedreiging vormen. Het is mogelijk dat de Wereldgezondheidsorganisatie als gevolg hiervan gedurende langere tijd bepaalde (preventieve) maatregelen voorschrijft. Voor dergelijke situaties is het tweede lid in artikel 16 opgenomen. Hierin wordt gesteld dat wanneer maatregelen onafgebroken gedurende één jaar moeten worden getroffen, de aanvraag uiterlijk 12 maanden na het verstrijken van dat moment moet worden ingediend. Daarmee hoeft, in de bovengenoemde beschreven situatie, met het indienen van de aanvraag niet te worden gewacht tot het einde van de te treffen maatregelen, maar kan de aanvraag na het verstrijken van dat jaar worden ingediend en afgewikkeld.

Artikel 17

Dit artikel komt overeen met artikel 5 uit het Besluit collectieve preventie volksgezondheid. De opleidingseis voor de deskundige op het gebied van de tandzorg keert hierin niet terug omdat deze deskundigheid op grond van de Wet publieke gezondheid niet meer is voorgeschreven. De opleidingseis met betrekking tot de applicatiecursus voor consultatiebureauarts bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg keert als zelfstandige eis niet terug. Deze cursus maakt nu deel uit van de in het tweede lid, onder a, aangehaalde opleiding in de jeugdgezondheidszorg.

Artikel 18, 19 en 20

Deze aanpassingen zijn nodig omdat de Wet publieke gezondheid de ingetrokken Wet collectieve preventie volksgezondheid en Infectieziektenwet vervangt.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

A. Klink