

Vergaderjaar 2004–2005

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 13

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 oktober 2004

1. Inleiding

Op 19 maart 2004 heb ik u mijn brief «Strategie infectieziektebestrijding» gestuurd (kamerstuk 22 894, nr. 29).

Daarin kondigde ik maatregelen aan om de infectieziektebestrijding te verbeteren en beter te organiseren. Ik heb u tijdens het overleg over het Rijksvaccinatieprogramma op 1 juni 2004 (22 894/29 200 XVI, nr. 39) toegezegd deze strategie verder uit te werken en duidelijk te maken hoeveel geld ik daar in de komende begroting voor ga uittrekken.

Deze brief gaat over de manier waarop ik verantwoordelijkheid neem bij het bestrijden van infectieziekten, hoe ik dat nader uitwerk in maatregelen en hoeveel geld ik daarvoor beschikbaar stel. In mijn standpunt spelen ook een rol de adviezen van de stuurgroep Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) en de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) «Kennisinfrastuctuur Infectieziekten».

Nieuwe maatregelen zijn nodig omdat dreigingen en daadwerkelijke uitbraken van infectieziekten elkaar steeds sneller opvolgen. Dit geldt zowel voor bestaande als nieuwe ziekten die zich snel over de wereld kunnen verspreiden; bijzonder is de dreiging van het terroristisch gebruik van micro-organismen. De huidige structuur van de infectieziektebestrijding is gedateerd; ze komt voort uit de «oude» overzichtelijke infectieziekteproblematiek en kent een sterk decentrale en versnipperde aanpak. Functies, taken en experts zijn verspreid over meerdere organisaties en sommige functies worden niet of onvoldoende opgepakt. Ook is onvoldoende geregeld hoe de betrokkenen in het bestrijden moeten samenwerken. De huidige structuur sluit onvoldoende aan bij de veranderde omstandigheden, inclusief acute bedreigingen van de volksgezondheid door infectieziekten. Ook houdt de huidige structuur onvoldoende rekening met de gevolgen van een grootschalige uitbraak van een infectieziekte voor de openbare orde en veiligheid en andere maatschappelijke

sectoren. De werkelijkheid van vandaag vereist een nieuwe structuur die is afgestemd op de nieuwe omstandigheden.

Het op te richten Centrum voor infectieziekten wordt een pijler van de nieuwe structuur. Dit centrum ondersteunt mij in crises om maatregelen te nemen bij (dreigende) infectieziekte-uitbraken en geeft inhoudelijk leiding bij het bestrijden van landelijke crises. Daarbuiten ondersteunt het centrum mij inhoudelijk bij rijksbeleid voor preventie en bestrijden van infectieziekten. De structuur is afgeleid van de opzet in de Verenigde Staten waar het Center for Infectious Diseases deel uitmaakt van het CDC¹ en sluit aan bij de versterking van de structuur op Europees niveau met de instelling van het ECDC².

2. Verantwoordelijkheden infectieziektebestrijding

Een goede verantwoordelijkheidsverdeling is cruciaal bij het bestrijden van infectieziekten. Duidelijke afspraken hierover zijn de basis van de bestrijding. Ik onderscheid drie niveau's van infectieziektebestrijding³:

1. Individueel behandelen van ziekten;
2. Regionale preventie en bestrijding zonder grote of acute bedreiging van de volksgezondheid;
3. Nationale en internationale preventie en bestrijding met grote of acute bedreiging voor de volksgezondheid.

De individuele behandelaars, zorginstellingen en de gemeenten zijn verantwoordelijk voor de eerste twee zaken, met uitzondering van het Rijksvaccinatieprogramma. Zij gaan ook over de inhoud van de maatregelen. Wel vind ik het mijn taak om individuele behandelaars en zorginstellingen te stimuleren aandacht te besteden aan (inter)nationale aspecten in hun werk en aan het voorbereiden op crisissituaties. Instellingen moeten om voorbereid te zijn op crisissituaties draaiboeken ontwikkelen die bijvoorbeeld een antwoord geven op een plotseling extra en massaal beroep op zorg. Een ziekenhuis moet ook in staat zijn om het verspreiden van een ernstige besmettelijke ziekte binnen of buiten het ziekenhuis te voorkomen. Nauwe samenwerking tussen individuele behandelaars en instellingen en goed afstemmen met de GGD'en is daarvoor noodzakelijk.

Ik voel mij ook verantwoordelijk voor deskundige ondersteuning van GGD'en met bijvoorbeeld draaiboeken en protocollen bij het uitvoeren van de regionale bestrijding. Als minister ben ik direct verantwoordelijk voor maatregelen bij preventie en bestrijding van infectieziekten als zich een grote of acute bedreiging voor de volksgezondheid voordoet met nationale en internationale componenten. Dan wil ik ook centraal (vanuit Den Haag) maatregelen kunnen nemen en afdwingen. Dit vereist deskundig advies over de inhoud en de bestuurlijke en uitvoeringsaspecten van het te voeren beleid. Voorts moet er een organisatie en infrastructuur zijn om te zorgen dat mijn beleid ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

3. Versterken structuur infectieziektebestrijding

Voor het versterken van de structuur op nationaal niveau wilde ik op mijn departement een zogenoemde Infectieziekteautoriteit oprichten. Het is mij gebleken dat het begrip «autoriteit» aanleiding kan zijn voor misverstanden. De indruk zou kunnen ontstaan dat er een nieuwe gezagsdrager of een zelfstandig bestuursorgaan in het leven wordt geroepen. Om die reden heb ik dit begrip laten vallen. Het bestuurlijk gezag op dit terrein berust en blijft berusten op rijksniveau bij de minister. De expertise op rijksniveau zal worden geconcentreerd in een, als onderdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), op te richten Centrum voor infectieziekten. Tevens zal worden voorzien in een adequate overlegstructuur tussen de betrokken rijkspartijen en vertegenwoordigers van

¹ Centers for Disease Control and Prevention, vergelijkbaar met het RIVM in Nederland.

² European Centre for Disease Prevention and Control

³ Zie ook mijn brief aan de Tweede Kamer d.d. 19 maart 2004 (TK, 2003–2004, 22 894, nr 29)

partijen die verantwoordelijkheid dragen voor de infectieziektebestrijding (voorzitter van burgemeesters verantwoordelijk voor Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), GGD-Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten).

Ministerieel gezag

De minister van VWS is het centrale bestuurlijke gezag voor de infectieziektebestrijding¹. Lokale en landelijke bestuurders lijken het eens te zijn over de noodzaak van meer centrale leiding, vooral bij een (dreigende) epidemie waarvan de bestrijding de capaciteit van de regio overschrijdt. Op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Infectieziektenwet kan ik de gemeenteraad respectievelijk de burgemeester echter maar in beperkte mate een aanwijzing geven. Dat bemoeilijkt mijn verantwoordelijkheid voor een goed functionerende keten van infectieziektebestrijding; hiervoor is een optimale inzet van mijn bevoegdheden cruciaal. Een breed samengestelde werkgroep werkt op dit moment onder meer aan voorstellen om mijn bevoegdheden op dat punt te vergroten. Dit mede in het licht van de structuren voor crisisbesluitvorming en het beleidsplan crisisbeheersing zoals dat door het kabinet is geaccordeerd.

In het Centrum voor infectieziekten komt de expertise te zitten die ik nodig heb voor het uitvoeren van mijn infectieziektebeleid.

Centrum voor infectieziekten; inhoudelijk gezag

De huidige afzonderlijke schakels in de infectieziektebestrijding werken goed. Het ontbreekt echter aan een organisatie die zorgt dat de schakels onderling ook hecht zijn verbonden, met andere woorden een *ketenregisseur*. Het gebrek aan regie zorgt ervoor dat bepaalde onderwerpen nu ten onrechte geen of onvoldoende aandacht krijgen. Zo is er bijvoorbeeld op dit moment geen organisatie die een landelijk dekkend netwerk van kwalitatief goede diagnostiek voor belangrijke infectieziekten bevordert en bewaakt, waarop GGD'en in gewone omstandigheden een beroep kunnen doen. Ook is niet geregeld hoe in crises GGD'en extra ondersteuning kunnen krijgen bij de bestrijding, bijvoorbeeld met diagnostiek en met het tijdelijk beschikbaar stellen van ervaren mensen. Er is evenmin een organisatie die bewaakt of er voor zorgt dat signaleringen van uitbraken ook altijd leiden tot de juiste maatregelen, bijvoorbeeld bestrijdingsacties. De WHO en de EU hebben in Nederland geen duidelijk landelijk aanspreekpunt. Als het gaat om richtlijnen dan is er geen organisatie die beroepsgroepen actief ondersteunt bij het invoeren maar vooral het gebruiken ervan. Er worden wel draaiboeken gemaakt en vastgesteld, maar niemand waakt erover dat betrokkenen daarmee ook oefenen. Ook bij landelijke crises is meer regie op de infectieziekteketen noodzakelijk. Er is nu geen organisatie die ik opdracht kan geven inhoudelijk leiding te geven aan de bestrijding. Het zelfde geldt voor het communiceren met burgers en het informeren van beroepsbeoefenaren in dit soort omstandigheden.

Ik wil dat het Centrum voor infectieziekten bij het RIVM die ene organisatie wordt die in bovenstaande zaken de regie voert, ook over de keten. Het centrum wordt de professionele schakel tussen praktijk, wetenschap en beleid: het verzamelt informatie, «vertaalt» die en geeft die (nationaal en internationaal) door. Het RIVM heeft al veel deskundigheid op het gebied van onderzoek en diagnostiek, medische microbiologie, surveillance (bewaking) en ondersteuning bij het bestrijden van epidemieën. Deze wordt in het centrum (opnieuw geordend en) gebundeld tezamen met nieuwe taken en taken die nu elders worden uitgevoerd. Het bureau Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) heeft specifieke deskundigheid op het gebied van ondersteuning van beroeps-

¹ Lokaal hebben burgemeester en gemeenteraad het gezag.

beoefenaren en opstellen van draaiboeken en protocollen; VWS betaalt dit. Dit bureau gaat over van GGD-Nederland naar het Centrum voor infectieziekten.

Voor enkele nieuwe taken als communicatie bij infectieziektecrises, zowel nationaal als internationaal, en ketenregie komt nieuwe deskundigheid. Het Centrum voor infectieziekten krijgt een sterk wetenschappelijk fundament: het doet zelf onderzoek en werkt op basis van wetenschappelijke methoden. Minstens zo belangrijk is dat het centrum de universitaire onderzoekscentra, professionals en andere organisaties in de infectieziektebestrijding bij zijn activiteiten betreft. Dit benut de bestaande kennisinfrastructuren, dekt het terrein van infectieziekten zo breed mogelijk en bevordert inhoudelijke afstemming. Het Centrum voor infectieziekten ontwikkelt dus niet alle expertise zelf, maar speelt een coördinerende en regisserende rol. Het Centrum voor infectieziekten moet de activiteiten nadrukkelijk afstemmen met de relevante organisaties die bij het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) gaan over het bestrijden van dierziekten. Dit moet garanderen dat informatievoorziening en maatregelen goed afgestemd worden bij het optreden van dierziekten die ook risico's voor de mens met zich mee kunnen brengen.

Ik heb in mijn brief van 19 maart 2004 aangegeven dat het Rijksvaccinatieprogramma centraal aangestuurd moet worden om kwaliteit en uniformiteit beter te kunnen waarborgen. Deze taak komt ook bij het Centrum voor infectieziekten te liggen. Het centrum coördineert de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma en is hiervoor het centrale aanspreekpunt. De minister besluit over de inhoud van het programma. Ik heb het RIVM gevraagd de gewenste centrale aansturing als onderdeel van het Centrum voor infectieziekten in kaart te brengen, inclusief de gevolgen voor taken, verantwoordelijkheden en organisatorische positionering van de huidige entadministraties. Voor tijdelijke kosten bij het realiseren van de centrale aansturing heb ik voor de periode 2005–2007 totaal € 1,5 miljoen beschikbaar.

Overleg, afstemmen en coördineren

Infectieziektebestrijding is vaak niet alleen een zaak van lokale en regionale instanties, maar ook van de rijksoverheid. Tevens winnen de internationale aspecten aan belang. Dit vraagt om een goede, overzichtelijke structuur voor overleg, afstemmen en coördineren. Het eerste dat nodig is, is een goed netwerk van deskundigen. Daarvoor moet het Centrum voor infectieziekten zorgen. Het centrum zal bij dreigingen en crises uit dit netwerk van deskundigen een *Outbreak Management Team (OMT)* samenstellen om snel een goed inhoudelijk advies op te stellen.

Daarnaast moet er een vorm van bestuurlijk overleg komen voor het plegen van overleg en het geven van advies over de bestuurlijke aspecten van de infectieziektebestrijding. In omstandigheden zonder concrete dreigingen van infectieziekte-uitbraken overlegt en adviseert «het bestuurlijk overleg» daartoe over voorstellen van het centrum aangaande het te voeren nationale beleid voor bestrijding van infectieziekten. Dit speelt bijvoorbeeld bij het opstellen van draaiboeken die de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen bij een crisis beschrijven. Die stel ik als minister uiteindelijk vast, maar het centrum bereidt ze voor.

In omstandigheden van (dreigende) infectieziekte-uitbraken zorgt «het bestuurlijk overleg» voor bestuurlijke afstemming en adviseert het over de bestuurlijke consequenties van maatregelen die het centrum voorstelt ter beheersing van een (potentiële) crisis.

Voor dit bestuurlijk overleg wordt, zoals ik eerder aangaf, een overlegstructuur tot stand gebracht met vertegenwoordigers van partijen die

verantwoordelijkheid dragen voor de infectieziektebestrijding, onder leiding van mijn directeur-generaal van de Volksgezondheid (DGV).

Bij grote dreigingen en crises treedt bestuurlijk de rampenstructuur in werking waaraan ik op mijn ministerie leiding geef of namens mij de DGV. Zo staat dit ook in het departementaal handboek crisisbeheersing. Het kabinet handelt naar het *nationaal handboek crisisbesluitvorming*. De afstemming met de andere departementen loopt via de geldende interdepartementale procedures. Deze procedures worden overeenkomstig het beleidsplan crisisbeheersing aangepast.

De DGV zal eveneens bestuurlijke overleg voeren via de eerder genoemde bestuurlijke overlegstructuur, in overeenstemming met de huidige praktijk van het «Bestuurlijk Afstemmings Overleg» (BAO).

De minister van VWS blijft verantwoordelijk voor het vaststellen van het beleid zowel bij grote en acute dreigingen als daarbuiten. De verschillende verantwoordelijkheden liggen als volgt vast:

- De minister van VWS is bestuurlijk verantwoordelijk en is bevoegd beleidsmatige beslissingen te nemen. Hij baseert zich daarbij op adviezen van het Centrum voor infectieziekten en de bevindingen van het overleg met bestuurders;
- Het Centrum voor infectieziekten moet zo professioneel zijn dat het gezaghebbend is voor uitvoerders;
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijft (net als nu) de wettelijke autoriteit die toezicht houdt op het goed naleven van draaiboeken en protocollen, alsmede op de kwaliteit van het handelen van de professionals;
- Het nationaal handboek crisisbesluitvorming regelt landelijk hoe te handelen bij uitbraken (crises) met aspecten die buiten het beleidsterrein van de minister van VWS vallen en zorgt voor goede betrokkenheid van de juiste andere disciplines.

Vervolg

Het RIVM zet in nauw overleg met alle betrokkenen het nieuwe Centrum voor infectieziekten op. Voor het goed functioneren van het centrum heb ik in 2005 maximaal € 2,5 miljoen extra beschikbaar en vanaf 2006 jaarlijks maximaal € 3,13 miljoen, in aanvulling op het geld voor de bestaande taken dat naar het centrum gaat. Vanaf 2007 is bovendien € 0,5 miljoen beschikbaar voor vacatiegelden voor het opleiden en inzetten in crisissituaties van onderzoekers en andere deskundigen van buiten het RIVM. Het totale budget is voldoende om een centrum in te richten voor de hiervoor genoemde nieuwe en bestaande taken.

VWS brengt een overlegstructuur tot stand en werkt voorstellen uit om in bovenstaand model effectief te kunnen sturen. Mogelijke extra bevoegdheden van de minister van VWS veranderen het gekozen model voor infectieziektebestrijding overigens niet.

4. Versterken lokale uitvoering infectieziektebestrijding (VISI)

Het goed lokaal uitvoeren van de infectieziektebestrijding vereist voldoende en kwalitatief goede uitvoeringscapaciteit. Een stuurgroep van GGD Nederland¹ heeft aanbevelingen gedaan voor: meer mensen, het vormen van samenwerkingsverbanden en het versterken van lokale en nationale sturing en crisisbestrijding.

Inzet voor reguliere bestrijding

De stuurgroep bepleit dat het ministerie van VWS en de VNG, in overleg met GGD Nederland, komen tot een bestuurlijk convenant. De voorstellen

¹ De Stuurgroep *Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding* (VISI) onder leiding van burgemeester Kerckhaert van Hengelo.

over normen voor de minimaal benodigde personele inzet voor de infectieziektebestrijding moeten hiervoor als basis dienen. De voorstellen zijn een nadere gezamenlijke invulling van de taak die gemeenten al hebben op basis van de Wet collectieve preventie. Hiervoor is in het verleden extra geld aan het Gemeentefonds toegevoegd. De stuurgroep wil dat gemeenten de formatie voor infectieziektebestrijding en de technische hygiënezorg binnen vier jaar op het niveau van het in VISI-verband ontwikkelde normatieve kader brengen. Het Rijk moet een stimuleringsbijdrage voor regionale programma's geven, ter versterking van de lokale kwaliteit. Ook dient het Rijk volgens de stuurgroep de landelijke capaciteit voor ondersteuning van de organisatie en de kwaliteit van de lokale uitvoering substantieel uit te breiden.

Ik ben het eens met de bovengenoemde aanbevelingen van de stuurgroep-VISI en ga hierover praten met de VNG. Ik heb daar ook geld voor: € 0,75 miljoen in de periode 2005–2007 om projecten als vervolg op het VISI-traject te stimuleren. Daarnaast heb ik voor 2005 € 1,05 miljoen en vanaf 2006 structureel € 1,9 miljoen beschikbaar zodat GGD'en zich samen met andere lokale/regionale partners als ziekenhuizen en huisartsen kunnen voorbereiden op een infectieziektecrisis en daarvoor oefenen. Dit geld is ook nodig voor het aanstellen van artsen infectieziekten die GGD'en kunnen ondersteunen om de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren en bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Deze artsen zullen in de regio werken maar in dienst zijn bij het Centrum voor infectieziekten; het centrum kan hen op die manier in crisissituaties vanuit landelijk niveau flexibel inzetten waar hun deskundigheid in Nederland dan nodig is.

Naar zeven samenwerkingsverbanden

De stuurgroep-VISI wil dat er zeven samenwerkingsverbanden komen voor infectieziektebestrijding die zich richten op het ontwikkelen van programma's, expertise en innovatie in de sector. Deze samenwerking moet volgen uit bestuurlijke en operationele samenwerkingsafspraken tussen de GGD'en in de desbetreffende regio's. Dit leidt tot een niveau van samenwerking in het ondersteunen en uitvoeren van taken dat de huidige regio's, maar ook de beoogde 25 veiligheidsregio's te boven gaat. De samenwerking in de zeven regio's betreft onder andere het situeren van expertisecentra voor de tuberculosebestrijding, het vestigen van centra voor seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en het organiseren van specialistische ondersteuning en het regelen van 7x24-uurs bereikbaarheid. Ik ondersteun de aanbevelingen van VISI op dit punt en ga hierover ook praten met de VNG. Ik verwacht dat de zeven samenwerkingsverbanden goede mogelijkheden bieden voor het kwalitatief verbeteren van de infectieziektebestrijding. Wel vind ik een goede aansluiting met de veiligheidsregio's in het kader van de rampenbestrijding en crisisbeheersing noodzakelijk, evenals nauwe samenwerking met het Centrum voor infectieziekten. Voor het mogelijk maken van deze zeven samenwerkingsverbanden trek ik in de periode 2005–2007 € 2,5 miljoen uit.

SOA en Tuberculosebestrijding

Ik heb u al eerder geïnformeerd over ontwikkelingen bij de tuberculosebestrijding en de laagdrempelige curatieve soa-bestrijding.¹ Al eerder is geconstateerd dat de schaal van de huidige voorzieningen te klein is om goede kwaliteit te kunnen waarborgen. Deze terreinen zijn nu proeftuin voor de noodzakelijke schaalvergroting. VWS en GGD Nederland zijn een project gestart waarbij in deeltrajecten onder meer schaalvergroting in de

¹ Zie mijn brieven van 8 en 9 juli 2004 (VWS0 400 965 en TK 2003–2004, 29 220, nr. 3)

tuberculosebestrijding, de laagdrempelige curatieve soa-bestrijding en het uitwerken van de norminzet voor de infectieziektebestrijding, aan de orde komen.

GGD Nederland ondersteunt in het deeltraject «Schaalgrootte tuberculosebestrijding» de GGD'en bij het verwezenlijken van de gewenste schaalgrootte met zeven expertisecentra. Dit zijn dan samenwerkingsverbanden van de huidige veertig GGD'en. Deze structuur moet ook plek bieden aan de tuberculosebestrijding voor asielzoekers en gedetineerden.

In aansluiting op het VISI-traject heb ik GGD Nederland opdracht gegeven voor het deeltraject van de laagdrempelige curatieve soa-bestrijding een uitvoeringsplan te maken voor aantal, spreiding en opzet van deze soa-centra. Er moeten kwaliteitseisen komen voor de nieuwe centra en een advies over een vaste prijs per consult. GGD Nederland heeft mij begin juli jl. voorgesteld om voor de soa-centra dezelfde regio-indeling te hanteren als voor de tuberculosebestrijding; alleen de regio Zuid-Holland is gesplitst in twee regio's waar nu al soa-poliklinieken bestaan. Ik steun dit voorstel en ga hierover praten met de VNG. Het gaat om de GGD'en in Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag. De overige vier regionale centra komen bij GGD Groningen, GGD Nijmegen, GGD Hart voor Brabant en GGD Zuidelijk Limburg.

De nieuwe soa-centra worden voor een overgangperiode van één jaar betaald door ze onder de bestaande subsidieparagraaf uit de AWBZ voor drempelvrije (gratis toegankelijke) poliklinieken te brengen; zo nodig komt er een inhoudelijk vergelijkbare nieuwe paragraaf.

Vervolg

De aanbevelingen van de stuurgroep-VISI voor de soa- en tuberculosebestrijding heb ik met bovenstaande projecten al gehonoreerd. Ik maak de komende maanden met GGD Nederland een voorstel om de overige aanbevelingen, zoals het oefenen en de schaalvergroting uit te werken. Dat moet in samenhang met de taken van het toekomstige Centrum voor infectieziekten. Zo gaf ik in deze brief al aan dat het Centrum voor infectieziekten weliswaar de artsen infectieziekten aanstelt, maar dat zij in nauw overleg met GGD Nederland bij de GGD'en gaan werken.

5. Integratie GHOR-bureaus

De stuurgroep-VISI vindt dat er één sterke *witte kolom* voor crisisbestrijding bij infectieziekten op regionaal niveau moet komen door de bureaus voor geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) op te nemen in de GGD-organisaties. Dit is feitelijk vaak al zo. Het GHOR-bureau is in de meeste gevallen al onderdeel van een GGD of een hulpverleningsdienst waar ook een GGD deel van uitmaakt.

De *Regionaal Geneeskundig Functionaris* is het scharnierpunt van de infectieziektestructuur bij GGD'en, de gezondheidszorg en de rampenbestrijding. Voor het goed vervullen van deze rol is het wenselijk dat hij onderdeel is van één van de betrokken organisaties. De infectieziektebestrijding moet goed aansluiten bij de rampenbestrijding. Het *kabinetsstandpunt veiligheidsregio's*¹ geeft hiervoor de kaders. Het kabinet vindt dat de publieke verantwoordelijkheid van de GGD'en en hun ervaring op het terrein van grootschalige gezondheidsincidenten, zoals infectieziekten, hen een geschikte organisatie maakt voor het nader invullen van de GHOR-taken in de zorg. Ook vormen de GGD'en bij de bestrijding van deze incidenten een onmisbare schakel. Daarom wil het kabinet dat de gebiedsindeling van de GGD'en op korte termijn dezelfde wordt als die

¹ TK, 2003–2004, 29 517, nr.1.

van de veiligheidsregio's. Het aantal GGD'en moet dus teruggebracht worden tot vijftientig.

Vervolg

Inmiddels ben ik in overleg met de voorzitters van alle bij de GHOR betrokken partijen om de GHOR verder te versterken en de inbedding in de veiligheidsregio's uit te werken. De ontwikkelingen in de infectieziektebestrijding neem ik hierin mee.

6. Onderzoek en diagnostiek

De RGO heeft mij geadviseerd om de structuur voor het vernieuwen, verspreiden en toepassen van kennis te verbeteren.¹ Ik ben bereid geld uit te trekken voor het versterken van onderzoek bij GGD'en evenals voor het beter samenwerken van GGD'en, RIVM, universitaire centra en andere onderzoeksinstellingen.

GGD'en

Infectieziektebestrijding kan effectief zijn wanneer ze goed aansluit bij wetenschappelijke en gespecialiseerde kennis enerzijds en de lokale uitvoerders anderzijds. Ik neem verschillende maatregelen om die aansluiting te verbeteren, onder meer ondersteuning door de artsen infectieziekten. Daarnaast is in 2007 € 1,45 miljoen beschikbaar en vanaf 2008 jaarlijks € 3,05 miljoen. Ik zie de mogelijkheden om dit geld beschikbaar te stellen via een programma van ZonMw waarbij de GGD'en trekkingsrecht hebben op een bepaald deel van het geld om projecten samen met universiteiten of andere onderzoeksinstellingen uit te voeren. Verder zal ik ZonMw een opdracht geven om een aantal *academische werkplaatsen Publieke Gezondheid* in te richten, waarin ook aandacht is voor onderzoek op het terrein van de infectieziektebestrijding.

Over deze en andere aspecten betreffende de onderzoeksinfrastructuur zal ik overleggen met mijn ambtgenoot van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en het bestuur van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

De diagnostiek en de medisch microbiologische functie moeten op lokaal niveau beter geregeld worden. Daarvoor moeten de GGD'en en de medisch microbiologische laboratoria beter samenwerken. Zo kunnen uitbraken van infectieziekten beter gesignaleerd en getypeerd worden. Ik heb hiervoor in 2005 € 0,5 miljoen beschikbaar en daarna jaarlijks € 1,25 miljoen.

RIVM

Het infectieziekteonderzoek bij het RIVM krijgt een stimulans. Dit betreft onder andere – conform de aanbevelingen van de RGO – onderzoek om veranderingen in ziekteverwekkers op te sporen, om na te gaan of de bevolking voldoende beschermd is door vaccinatie en om specifieke onderzoeken zoals onderzoek naar de te verwachten effecten bij pandemieën en de wijze waarop hiermee beleidsmatig rekening kan worden gehouden. In totaal is hiervoor beschikbaar in 2005 € 3,84 miljoen, in 2006 € 4,64 miljoen en vanaf 2007 € 5,04 miljoen.

Het Centrum voor infectieziekten moet erop toezien dat alle voor de Nederlandse volksgezondheid relevante micro-organismen vast te stellen zijn. Voor sommige ziekteverwekkers gaat het RIVM nieuwe tests ontwikkelen. Voor andere ziekteverwekkers moeten afspraken gemaakt worden met laboratoria in binnen- en/of buitenland. Hiervoor en voor meer mogelijkheden voor diagnostiek bij het RIVM is in 2005 € 0,8 miljoen beschikbaar. Dit bedrag loopt op tot € 1,5 miljoen vanaf 2006. Tegelijkertijd moet

¹ Zie het advies van de RGO «Kennisinfrastructuur Infectieziekten» uit 2003.

het Centrum voor infectieziekten GGD'en ondersteunen en samen met het veld de kwaliteit van de medische microbiologie voor de volksgezondheid op nationaal niveau bevorderen en waarborgen.

Ook in Nederland moet diagnostiek en nader onderzoek bij onbekende en gevaarlijke micro-organismen mogelijk zijn. Daarom wordt nu volop gewerkt aan (het voorbereiden van) de bouw van een beveiligd laboratorium (BSL¹ 3/4) bij het RIVM. De feitelijke bouw start waarschijnlijk nog dit jaar. Voor de jaarlijkse exploitatiekosten van dit laboratorium is naast de eerder beschikbaar gestelde € 0,5 miljoen nu extra maximaal €1,7 miljoen per jaar beschikbaar.

De aansturing van het onderzoek moet ook verbeterd worden. Het Centrum voor infectieziekten adviseert mij over het verdelen van geld voor het infectieziekteonderzoek. Het maakt daarbij gebruik van de nationale en internationale kennis op dit terrein, onder andere bij de wetenschappelijke instituten.

Vervolg

Deze maatregelen geven naar mijn mening een stevige impuls om het infectieziekteonderzoek te verbeteren op zowel het gebied van signalering en surveillance (bewaking) als voor beter onderzoek en diagnostiek. Ik werk deze maatregelen de komende maanden in overleg met het RIVM, GGD Nederland, ZonMw en enkele andere betrokkenen uit in concrete projecten.

7. Internationaal

Europese Unie

In mei 2005 gaat het *European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)*² van start in Stockholm. Het ECDC verbetert de internationale afstemming in EU-verband. Ik stel hiervoor jaarlijks € 0,5 miljoen beschikbaar. De DG RIVM is recent benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur van het ECDC. De inhoudelijke afstemming vindt in Nederland plaats met het Centrum voor infectieziekten. De intensievere afstemming en het uitbreiden van de Europese Unie leidt tot meer personenverkeer met de nieuwe lidstaten en kan vragen om extra maatregelen voor surveillance en bestrijding. Hiervoor heb ik in 2005 € 0,2 miljoen, in 2006 € 0,5 miljoen en vanaf 2007 jaarlijks € 0,8 miljoen gereserveerd voor extra activiteiten. Nederland draagt in diverse nieuwe lidstaten en kandidaat-lidstaten van de Europese Unie via Europese en bilaterale projecten bij aan verbeteringen in de systemen voor surveillance en bestrijding.

WHO

Ook op mondiaal niveau wordt de structuur van de infectieziektebestrijding verbeterd. Ik trek op mijn begroting in 2005 en 2006 jaarlijks € 0,5 miljoen uit en vanaf 2007 jaarlijks € 1 miljoen om de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in staat te stellen het Nederlandse volksgezondheidsbelang te dienen met hun mondiale programma's. Dat geld gaat naar specifieke ondersteuningsprojecten. Het kabinet stelt daarnaast in het kader van de HGIS-financiering³ geld beschikbaar voor een betere relatie tussen VWS en de WHO. Dit extra geld gaat bij de infectieziektebestrijding naar een partnerschap via speciale programma's en detacheringen bij de WHO en het ondersteunen van de WHO bij het uitvoeren van crisisinterventies met mensen en geld. Voor dit nieuwe partnerschap van VWS met de WHO is in 2005 € 2 miljoen beschikbaar, in 2006 € 4 miljoen en vanaf 2007 jaarlijks € 6 miljoen, voorlopig tot en met

¹ Bio Safety Level.

² Europees centrum voor het voorkomen en beheersen van (infectie)ziekten.

³ HGIS-financiering: homogene groep internationale samenwerking.

2009. Een substantieel deel van het partnerschap richt zich in 2005 op infectieziekten. Daarnaast nemen ook andere thema's als voedselveiligheid en overgewicht een prominente plaats in.

International Health Regulations¹

De WHO heeft begin 2004 een (eerste) voorstel gedaan voor nieuwe *International Health Regulations (IHR)*. Deze IHR zijn bedoeld om internationaal goede en duidelijke afspraken te maken over de wijze waarop landen uitbraken van (nieuwe) infectieziekten signaleren, hoe ze elkaar informeren, hoe er internationaal afgestemde beleidsmaatregelen worden vastgesteld en hoe hierover op dezelfde wijze wordt gecommuniceerd. De WHO heeft daarin een grote rol. De uitbraak van sars heeft de noodzaak van dergelijke afspraken nog eens bewezen.

De WHO presenteert hiervoor binnenkort nieuwe voorstellen. Die worden begin november besproken op een bijeenkomst met alle lidstaten van de WHO. Nederland zal daarbij als voorzitter van de Europese Unie samen met de Europese Commissie het Europese standpunt vertegenwoordigen. Nederland levert niet alleen vanwege onze bijzondere rol nu een actieve bijdrage aan de discussie, maar vooral ook omdat Nederland groot belang hecht aan een betrouwbare wereldwijde structuur van infectieziektebestrijding.

Vervolg

De internationale infrastructuur voor de infectieziektebestrijding krijgt de komende jaren een stevige impuls. Dit is het gevolg van het oprichten van het ECDC en de nieuwe IHR; zij zorgen voor een betere structuur en coördinatie. Nederland ondersteunt deze processen door nauwe samenwerking met het Centrum voor infectieziekten te bevorderen en nu ook als voorzitter van de EU. De EU-conferentie over zoönosen (ziekten die overgaan van dieren op mensen) die medio september 2004 in Den Haag heeft plaatsgevonden, past in onze brede aandacht als EU-voorzitter voor de infectieziektebestrijding.

8. Tot slot

Mijn maatregelen zijn bedoeld om zowel de structuur als de capaciteit voor de infectieziektebestrijding op allerlei plaatsen verbeteren. Ik investeer hierin de komende jaren ruim € 20 miljoen. Het systeem moet duidelijk zijn, snel kunnen reageren en er moeten voldoende mensen zijn om het laten werken. De keten van infectieziektebestrijding moet ons in staat stellen bekende en onbekende infectieziekten zo effectief mogelijk te bestrijden. Dit slaagt alleen wanneer professionals en gemeenten hun verantwoordelijkheid ook nemen. Deze brief is daarom niet alleen een belofte van mijn kant om mij hiervoor in te zetten maar tevens een appèl aan de andere partijen ook hun verantwoordelijkheid te nemen. We moeten de komende jaren gezamenlijk de slagkracht van de infectieziektebestrijding verbeteren om de nieuwe dreigingen het hoofd te bieden en bestaande beter te lijf te gaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

¹ Internationale regels voor gezondheidsbescherming.