

Vergaderjaar 2007–2008

31 316

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid)

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 18 april 2008

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de beschouwingen en vragen van de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel Wet publieke gezondheid. Het verheugt me dat de commissie, onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende worden beantwoord, de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid acht. Hieronder ga ik graag in op de vragen en opmerkingen die de leden van de fracties van CDA, PvdA, SP, VVD, PVV en SGP nog hebben over het wetsvoorstel.

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

De leden van de CDA-fractie verzoeken om een conversieoverzicht van de Wet collectieve preventie volksgezondheid naar de Wet publieke gezondheid. De leden vragen zich ook af of en hoe het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg wettelijk verankerd is. Verder vragen deze leden of de voornemens van de Minister voor Jeugd en Gezin ter zake van de uitvoering van de risicosignalering door de jeugdgezondheidszorg in relatie tot het basistakenpakket een verankering dient te krijgen in de Wet publieke gezondheid.

Hieronder vindt u het gevraagde conversieoverzicht.

Wcpv	Wpg
artikel 1	artikel 1
artikel 2	artikel 2
artikel 3	artikelen 6, 10
artikel 3a	artikel 5
artikel 3b	artikel 13
artikel 4	artikel 59
artikel 5	artikelen 14, 16
artikel 5a	artikel 14
artikel 6	artikel 15

Wcpv	Wpg
artikel 7 artikel 7a artikel 8	artikelen 3, 13 artikel 64 artikel 4

De uitwerking van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg is nu in het Besluit jeugdgezondheidszorg geregeld. Het is op dit moment niet de bedoeling om hierin wijzigingen aan te brengen. De uitwerking van het basistakenpakket zou daarom ongewijzigd in het kader van de Wet publieke gezondheid moeten worden geregeld in een algemene maatregel van bestuur (op basis van artikel 5, vierde lid, van de Wet publieke gezondheid). Deze algemene maatregel van bestuur, het voorgenomen Besluit publieke gezondheid, zal naast het Besluit jeugdgezondheidszorg tevens een tweetal andere algemene maatregelen van bestuur vervangen (het Besluit collectieve preventie volksgezondheid en het op de Quarantainewet gebaseerde Besluit toelating tot het verkeer luchtvaartuigen). Daarnaast zullen in het besluit nog enkele nieuwe bepalingen worden opgenomen ter implementatie van de Internationale Gezondheidsregeling. Het gaat in dat laatste geval met name om bepalingen ter zake van het voorzieningenniveau bij de aan te wijzen havens en luchthavens.

Een ontwerp van deze algemene maatregel van bestuur zal ik u zo spoedig mogelijk toezenden.

De Minister voor Jeugd en Gezin zal voor de zomer de Tweede Kamer informeren over de wijze waarop risicosignalering door de jeugdgezondheidszorg zal worden uitgevoerd, mede in relatie tot het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg. Of en in hoeverre dit ook gevolgen heeft voor de bepalingen ter zake van de jeugdgezondheidszorg, zoals het basistakenpakket, in of op grond van de Wet publieke gezondheid, valt op dit moment nog niet aan te geven.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar het overleg met het veld en het draagvlak voor het wetsvoorstel.

Het wetsvoorstel is tot stand gekomen na uitvoerige afstemming met het veld. Alle relevante betrokken partijen zijn via een consultatieronde in de gelegenheid gesteld om te reageren op het voorstel. De reacties zijn, voor zover van toepassing, meegenomen in het wetsvoorstel. Gezien de inhoud van de reacties mag worden aangenomen dat dit voorstel inderdaad de gewenste duidelijkheid biedt over verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Over de drie centrale elementen van het wetsvoorstel, 1. sturing van de Minister van VWS in bepaalde gevallen, 2. veranderingen in de meldingsplicht en 3. vereisten voor de plaatsen van binnenkomst, geef ik hieronder aan op welke wijze het overleg met het veld heeft plaatsgevonden.

1. Sturing door de Minister van VWS in bepaalde gevallen.

In 2004/2005 is er een werkgroep opgericht met als belangrijkste opdracht te komen tot een definitie van situaties waarin de Minister van VWS de leiding zou moeten krijgen bij de infectieziektebestrijding. Verschillende partijen waaronder VNG, GGD-Nederland, Inspectie Gezondheidszorg en BZK hebben deelgenomen aan deze werkgroep. De uitkomsten van deze werkgroep zijn verwerkt in het voorstel.

2. Veranderingen in de meldingsplicht.

Voor het onderdeel meldingsplichtige infectieziekten heeft het RIVM in 2006 een werkgroep opgericht met daarin vertegenwoordigers van rele-

vante koepels en gemeentelijke gezondheidsdiensten, alsook medische deskundigen. De criteria voor opname van ziekten en de gekozen indeling in categorieën is afkomstig van deze werkgroep en kan daarmee rekenen op voldoende steun onder belanghebbenden.

3. Vereisten voor de plaatsen van binnenkomst.

Met de luchthaven Schiphol en de haven van Rotterdam, alsook met de betrokken belangenvertegenwoordigers van de haven- en luchthaven-sector, is meerdere malen overlegd over het voorstel. In november 2007 heeft VWS een oefenworkshop gehouden over infectieziekten in relatie tot luchtvaart. Hierbij stond de vraag naar verantwoordelijkheden en bevoegdheden centraal. De uitkomsten van deze oefenworkshop hebben mede de input gevormd voor het voorstel.

De leden van de SP-fractie dringen erop aan dat er ook een specifieke doelgroep ouderen komt naast die van jeugd.

Hoewel integraal preventiebeleid voor ouderen in de toekomst zou kunnen worden vormgegeven, onder meer via wetgeving, is een dergelijk beleidskader nog niet aanwezig. Overigens omvat een dergelijk beleid meer dan alleen publieke gezondheidszorg.

Op dit moment bereidt de Gezondheidsraad het advies ouderen en preventie voor. De centrale vraag waarop het advies zal ingaan, is of effectieve preventie van gezondheidsproblemen en -beperkingen mogelijk is. Daarnaast buigt de Gezondheidsraad zich over de vraag welke onderwerpen op het gebied van preventie maatschappelijk relevant en kansrijk zijn om met prioriteit te onderzoeken.

De leden van de SGP-fractie vragen naar het exacte doel van het wetsvoorstel alsook hoe het Rijks Vaccinatie Programma is geregeld.

De aanleiding voor de Wet publieke gezondheid is de implementatie van de Internationale Gezondheidsregeling. Voor een goede uitwerking zijn de bestaande bepalingen over infectieziektebestrijding in één wetsvoorstel samengevoegd. De bepalingen in de Wet publieke gezondheid gaan evenwel over veel meer dan infectieziektebestrijding. Hoewel de technische uitwerking van de infectieziektebestrijding in verhouding veel meer artikelen vergt dan de andere onderwerpen, bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, doet dat niets af aan het belang van die andere artikelen.

Evenmin als de Wet collectieve preventie volksgezondheid regelt de Wet publieke gezondheid het Rijks Vaccinatie Programma. In artikel 5, tweede lid, onder c, is dit expliciet als taak voor de gemeente uitgezonderd. De reden daarvoor is dat het Rijks Vaccinatie Programma is geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het Rijks Vaccinatie Programma is evenwel feitelijk een aanbod van de overheid en maakt ook feitelijk, zij het via een ander financieel kanaal, deel uit van de jeugdgezondheidszorg.

2.1 De verplichtingen van de IGR

De leden van de PvdA-fractie vragen of en wanneer Nederland kan voldoen aan de minimumvereisten van de Internationale Gezondheidsregeling. Verder vragen zij zich af waarom de eisen in de Internationale Gezondheidsregeling voor internationale gezondheidsdocumenten zo vrijblijvend zijn gesteld.

De minimumvereisten houden in dat een land in staat moet zijn om gebeurtenissen met een ernstig volksgezondheidsrisico snel te ontdekken,

goed te beoordelen en tot slot door te melden aan de WHO. In de IGR wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de minimumvereisten voor de infectieziektebestrijding als geheel en de vereisten voor de zogenaamde plaatsen van binnenkomst. Met de Wet publieke gezondheidszorg en de daarop gebaseerde regelgeving zullen in Nederland de juridische voorwaarden zijn vervuld om hieraan te voldoen. In het op de Wet publieke gezondheid te baseren Besluit publieke gezondheid zullen nadere eisen worden gesteld aan de aan te wijzen havens en luchthavens. De keuze welke havens en luchthavens worden aangewezen, alsmede de voor te schrijven 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.

Voor wat betreft de infectieziektebestrijding als geheel kan overigens worden gesteld dat deze van hoge kwaliteit is. Dit wordt ook bevestigd in het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: «De staat van de Gezondheidszorg» uit 2005. Wel constateert de inspectie in 2005 nog een aantal verbeterpunten, onder andere voor wat betreft de signaleringsfunctie, de mogelijkheden voor opschaling en verhoging van de kwaliteit van draaiboeken. In 2005 heeft de Minister van VWS het Centrum Infectieziektebestrijding bij het RIVM opgericht. Het centrum heeft onder andere tot taak om verbeterpunten, zoals aangehaald door de inspectie, op te lossen en zo te komen tot een nog hogere kwaliteit van infectieziektebestrijding in Nederland. Uit het toezicht van de inspectie in de komende jaren zal moeten blijken of de gewenste resultaten ook inderdaad zijn behaald.

3.1 De huidige infectieziekteregeling

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af wat er is gebeurd met de motie Arib c.s. (Kamerstuk 22 894, nr. 29) en de relatie met dit wetsvoorstel.

Via deze motie is verzocht om de Wet collectieve preventie volksgezondheid te evalueren en de Tweede Kamer hierover te informeren. In verband hiermee heeft de vorige Minister van VWS u per brief van 28 september 2006 (VGP-CB-U-2713 289) geïnformeerd. In de brief is gemeld dat de Internationale Gezondheidsregeling zou moeten worden geïmplementeerd en dat dit ook tot wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid zou moeten leiden. Tevens is gemeld dat een voorstel in 2007 hierover naar de Tweede Kamer zou worden gezonden. Dat voorstel is het onderhavige voorstel voor de Wet publieke gezondheid.

Voor de jeugdgezondheidszorg is gemeld dat daarvoor in 2006 een evaluatie is gestart en dat de Tweede Kamer daarover in 2007 zal worden geïnformeerd. De evaluatie is inmiddels afgerond en per brief van 21 januari 2008 heb ik u hierover geïnformeerd (Kamerstukken II, 2007–2008, 31 200 XVII, nr. 33).

Voor wat betreft de preventietaken als het verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking en de uitvoering van de gezondheidsbevordering is in de brief gerefereerd aan het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg «Staat van de gezondheidszorg 2005, Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?» Ten aanzien van de conclusie van de inspectie, dat de Wet collectieve preventie volksgezondheid op deze punten niet goed functioneert, is in de brief gemeld dat deze evaluatie mede aanleiding is geweest tot de vorming van een Centrum Gezond Leven bij het RIVM. Over het verbe-

teren van de uitvoering van de gezondheidsbevordering vindt op dit moment nog beleidsvoorbereiding plaats.

3.2 Eén nieuwe wet met aangepast verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeente

De leden van de SGP-fractie verzoeken om nadere uitleg over hoe de Wet publieke gezondheid een verbetering betekent ten opzichte van de huidige infectieziekte­regelgeving.

Bestuurders en uitvoerders zijn onvoldoende bekend met het huidige systeem van infectieziekte­regelgeving. Er is onvoldoende kennis van de samenhang van de bestaande relevante wetten. Dit is onder meer gebleken uit oefeningen voor de bestrijding van een infectieziekte­crisis. De Wet collectieve preventie volksgezondheid regelt de taken, de verantwoordelijkheden, voor de infectieziekte­bestrijding. Deze wet heeft goede bekendheid bij gemeentelijke bestuurders, gemeentelijke gezondheids­diensten en andere uitvoerders. De Infectieziektenwet en de Quarantaine­wet regelen de bevoegdheden om op te treden. Het bestaan van de Quarantainewet is nagenoeg onbekend bij bestuurders en uitvoerders. Daarnaast is er ook onvoldoende kennis over de relatie tussen de bevoegdheden van de Infectieziektenwet en de taken van de Wet collec­tie­ve preventie volksgezondheid. Effectief optreden bij een infectieziekte­crisis staat of valt met goede afspraken over hoe in zo'n geval te handelen. Een belangrijk deel van die afspraken staat in regelgeving, die weer de basis is voor draaiboeken en nadere uitvoeringsafspraken. Het versnipperen van taken en bevoegdheden leidt tot onvoldoende bekend­heid van die afspraken en dus tot minder effectiviteit. Dat wringt des te meer nu de dreiging voor een infectieziekte­crisis is toegenomen. Het vastleggen van deze afspraken in één wet verbetert dit.

3.3 Herziene indeling infectieziekten

De leden van de SGP-fractie willen graag een toelichting op de dwingende maatregelen die bij ziekten uit groep A, B1 en B2 kunnen worden toege­past, mede in het licht van de door de regering eerder ingenomen stand­punt over gedwongen vaccinatie.

De op bladzijde 5 van de memorie van toelichting aangehaalde passage ziet op de verplichte vaccinatie die andere landen hanteren. Voor Neder­land wordt de lijn die al in de huidige infectieziekte­regelgeving zit, gecon­tinueerd. Dat betekent dus dat verplichte vaccinatie niet tot de op te leggen maatregelen behoort. De structuur van de huidige Infectieziekten­wet wordt op dit punt dan ook gevolgd. Met de dwingende maatregelen van isolatie en quarantaine, die zowel nu als straks kunnen worden ingezet, verwacht ik te kunnen volstaan.

3.4 Meldingsplichten

De leden van de CDA-fractie vragen welke eisen worden gesteld voor de beveiliging van gegevens in het kader van de verplichte melding. Verder vragen deze leden naar een verduidelijking van de rol van de Europese Unie bij de infectieziekte­bestrijding.

Voor wat betreft de technische eisen voor de beveiliging van de gegevens­verwerking kan ik het volgende melden. Bij de op de Wet publieke gezond­heid te baseren ministeriële regeling zal worden verwezen naar de NEN 7510 norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Deze norm is gebaseerd op de in april 2005 gepubliceerde internationaal geaccepteerde revisie van de Code voor informatiebeveiliging, te weten: NEN-ISO/IEC 17 799.

Over de rol van de Europese Unie kan ik u in aanvulling van het onderdeel «Europese context» van paragraaf 3.5 van de memorie van toelichting nog het volgende melden.

Allereerst wil ik benadrukken dat infectieziektebestrijding een aangelegenheid van de lidstaten zelf is. De Europese Commissie en ook haar agent-schap het ECDC hebben geen zeggenschap over het daadwerkelijke bestrijdingsbeleid. Wel is er de Beschikking 2119/98/EG van de Raad en het Europees Parlement met daarin afspraken over de epidemiologische surveillance en vroege waarschuwing in geval van bepaalde infectie-ziekten.

In tijd van rust is een lidstaat op grond van deze beschikking verplicht om voor een bepaald aantal ziekten de reeds beschikbare surveillance-gegevens aan de Europese Commissie te leveren. Deze gegevens moeten aan een bepaalde definitie voldoen. Het ECDC verzamelt deze gegevens of zorgt ervoor dat gecontracteerde partijen deze voor het centrum verza-melen. Afsproken is dat gegevens die op basis van vrijwillige afspraken ook aan de WHO worden geleverd (bijvoorbeeld over hiv en tuberculose), via het ECDC worden aangeleverd. Hiermee wordt dubbel werk voor de lidstaten vermeden. Het ECDC bepaalt op basis van de surveillance-gegevens of het nodig is om aanvullende informatie te verzamelen of om wetenschappelijk advies uit te brengen over mogelijk optreden. De Euro-pese Commissie kan uiteindelijk – niet bindende – aanbevelingen geven over Europees beleid of projecten uitzetten via het Europees Actie-programma Volksgezondheid. Tot op heden bestaat er één formele Euro-pese aanbeveling op het terrein van infectieziekten, namelijk over het terughoudend gebruik van antimicrobiële middelen.

In tijd van een uitbraak is een lidstaat op grond van de beschikking verplicht om de andere lidstaten en de Europese Commissie te informeren als er sprake is van een (dreiging van) een uitbraak die mogelijk gevolgen heeft voor de andere Europese lidstaten. Dit moet via het Europese «Early Warning and Response System». Het ECDC heeft vervolgens de taak om de lidstaat of lidstaten en de Europese Commissie te ondersteunen bij de risico-inschatting. Op verzoek kan het ECDC ook directe ondersteuning bieden aan een lidstaat. De Europese Commissie heeft als taak om coördi-nerend op te treden als er maatregelen nodig zijn op Europees niveau. De implementatie van door de Europese Commissie aanbevolen maatregelen blijft de verantwoordelijkheid van de lidstaten zelf.

Als een dreiging mogelijk gevolgen heeft voor landen buiten de Europese Unie, dient dit op grond van de IGR te worden gemeld aan de WHO. Het Europese «Early Warning and Response System» kan voor een initiële melding worden gebruikt. Alle vervolggcommunicatie tussen de WHO en een lidstaat geschiedt echter op andere manieren (telefoon, e-mail). Pas als de WHO besluit dat er daadwerkelijk sprake is van een volksgezondheidsdreiging van internationaal belang, wordt informatie over de casus op de besloten IGR-website van de WHO geplaatst. Dit gebeurt alleen na instemming van het betreffende land. De Europese Commissie noch het ECDC kan namens een lidstaat hierover overleggen met de WHO.

Als nadere risico-inschatting nodig is, zal de WHO deze in de regel in overleg met het ECDC verrichten, waarbij wordt gezocht naar een prakti-sche taakverdeling. Mocht een situatie het nodig maken dat maatregelen op mondiaal of in ieder geval op boven-Europees niveau worden gecoördi-neerd, dan kan de WHO aanbevelingen doen. Ook deze aanbevelingen zijn niet juridisch bindend, maar zullen wel zwaar wegen. Op grond van de Wet publieke gezondheid kan de Minister van VWS de burgemeesters

opdragen om maatregelen te treffen waarmee een dergelijke aanbeveling wordt opgevolgd. Ook op het punt van door de WHO uit te brengen aanbevelingen kan de Europese Commissie niet namens de lidstaten onderhandelen. De toegevoegde waarde van het optreden van de Europese Commissie in het geval van een wereldwijde uitbraak is vooral de coördinatie van nadere beleidsspecificatie binnen de Europese Unie.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de praktijk als het gaat om de verplichting gegevens te verstrekken terwijl de arts daar niet over beschikt.

Juist vanwege het feit dat artsen met enige regelmaat te maken hebben met een verplichte melding van patiënten die niet zijn opgenomen in het reguliere administratieve systeem in Nederland, zijn in artikel 24, eerste lid, onderdeel a, naast het BSN een breed aantal andere verplicht te melden persoonsgegevens opgenomen. Wanneer ook hier praktische problemen ontstaan omdat er bijvoorbeeld van een gevaarlijk-infectieuze patiënt geen verblijfplaats kan worden vastgesteld en deze niet traceerbaar in de bevolking dreigt te verdwijnen, dan meldt de arts dit aan de gemeentelijke gezondheidsdienst. De gemeentelijke gezondheidsdienst zal dan onmiddellijk in actie komen en zal, als de patiënt ambulante is, de patiënt zonedig overnemen van de behandelend arts. Bij (vermoeden van) tuberculose-infecties komt deze situatie met enige regelmaat voor. De gemeentelijke gezondheidsdienst doet dan alles wat in zijn vermogen ligt om de patiënt in observatie te houden. Als het niet anders kan, zal de burgemeester worden geadviseerd om onmiddellijk een maatregel tot isolatie op te leggen. In dat laatste geval worden patiënten tevens onder bewaking gesteld, zonedig kan zelfs gedwongen medisch onderzoek worden opgelegd. Natuurlijk geschiedt dit alles met inachtneming van de rechtsbeschermende maatregelen zoals opgenomen in dit wetsvoorstel.

Wanneer van een patiënt de naam onbekend blijft dan wordt bij de melding aan de gemeentelijke gezondheidsdienst wel de verblijfplaats gemeld en worden de overige gegevens onder NN (Nomen Nescio) met een volgnummer geregistreerd. De strekking van de opmerking in de memorie van toelichting dat de arts alleen de gegevens behoeft te verstrekken die deze redelijkerwijs heeft kunnen achterhalen, is om duidelijk te maken dat er situaties zijn waarin het de arts niet kan worden tegen- geworpen dat hij niet (geheel) aan zijn meldingsplicht voldoet.

De leden van de SPG-fractie vragen om een toelichting op het verplicht stellen van medebehandelaarsconstructies. Verder vragen deze leden om een toelichting waarom seksueel overdraagbare infectieziekten niet onder de verplichte melding worden gebracht.

Zoals in de memorie van toelichting bij hoofdstuk 3.4 is aangegeven, wordt door artsen en vertegenwoordigers van de laboratoria bepleit om alle, voor artsen meldingsplichtige ziekten ook door het laboratorium te laten melden aan de gemeentelijke gezondheidsdienst, zodra zij een ziekteverwekker hebben vastgesteld. Ervaring en onderzoek hebben geleerd dat deze werkwijze de meldingssnelheid en de algehele medewerking vergroot, én dat er meer en effectiever symptoomloze dragers van ziekteverwekkers worden opgespoord.

De nominatieve meldingsplicht van de behandelend arts in de huidige Infectieziektenwet geldt niet voor het hoofd van het laboratorium, die overigens wél verplicht is de ziekten uit groep C te melden. Om toch de beoogde efficiency te bewerkstelligen ten aanzien van ziekten uit groep A en B, zijn daarom op veel plaatsen zogenoemde medebehandelaars-overeenkomsten gesloten tussen huisartsen/gespecialiseerde artsen, de

artsen-microbiologen bij de laboratoria en de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Het hoofd van het laboratorium doet op grond daarvan een vooraanmelding bij de gemeentelijke gezondheidsdienst van ziekteverwekkers uit groep A en B. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is steeds hiervan op de hoogte gesteld en kan voluit instemmen met de werkwijze vanuit het algemeen belang en de kwaliteit van zorg die hiermee worden gediend. Hetgeen aangeduid wordt met medebehandelaarconstructie is in wezen een contract tussen één behandelend arts en zijn diagnosticerend/consulterend laboratorium, met in kennisstelling van de gemeentelijke gezondheidsdienst en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Dit betekent dat vele duizenden handtekeningen van praktiserende artsen nodig zijn voor een sluitend systeem. Dit betekent ook dat in het geval van een nieuwe of verhuizende arts de overeenkomst opnieuw moet worden vastgesteld.

Omdat het tevens de bewaking van de volksgezondheid in directe zin ten goede komt, wordt nu voorgesteld om de meldingsplicht van het hoofd van het laboratorium uit te breiden tot de groepen A, B1 en B2. Het fenomeen medebehandelaarsovereenkomst kan daarmee voor deze situatie komen te vervallen en het beoogde doel wordt langs de meest eenvoudige weg bereikt. De zin «Om de toepassing ervan in alle gevallen gewaarborgd te krijgen, worden deze met dit voorstel wettelijk verplicht» ziet dus op de onderliggende functie van de medebehandelaarsovereenkomst, niet op de constructie zelf.

Over de meldingsplicht en seksueel overdraagbare infectieziekten wil ik u het volgende melden.

Wanneer een infectieziekte onder de meldingsplicht valt, dan worden er altijd persoonsgegevens doorgegeven aan de gemeentelijke gezondheidsdienst omdat collectieve of individuele maatregelen (dwingend dan wel vrijwillig) nodig kunnen zijn. Het wetsvoorstel kent dus geen anonieme meldingsplicht, ook niet van seksueel overdraagbare infectieziekten, maar maakt alleen onderscheid tussen wel en niet meldingsplichtige ziekten. De enige uitzondering op deze regel is artikel 21, derde lid, dat een onverwachte verheffing in een artspraktijk van een infectieziekte die niet tot groep A t/m C behoort, anoniem meldingsplichtig maakt. Het laatst genoemde artikel ziet op infectieziekten die endemisch zijn maar waarvoor op dit moment een meldingsplicht niet nodig is, en op exotische infectieziekten waarvan de kans dat deze voor zullen komen in Nederland dermate klein is, dat zij uit oogpunt van doelmatigheid niet in groep A t/m C worden opgenomen. Met dit artikel wordt voldaan aan de vereisten die de IGR in dezen stelt, zonder dat langs een omweg voor alle mogelijke ziekten inbreuk op de privacy wordt gemaakt. Wordt aldus een voor de volksgezondheid gevaarlijke ziekte gemeld, dan kan de Minister van VWS met spoed – vooruitlopend op aanpassing van de wet – besluiten deze ziekte aan te merken als behorend tot groep A, B1 of B2.

De seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) zijn, met uitzondering van hepatitis B, niet onder de meldingsplicht gebracht. Op dit punt is er geen wijziging ten opzichte van de Infectieziektenwet. Bij de overweging al dan niet een meldingsplicht voor soa's in te voeren – zoals in sommige andere landen voor een enkele soa, anders dan hepatitis B, wel het geval is – zijn in het verleden de voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen. De mogelijke interventies die kunnen volgen op een verplichte, niet-anonieme melding van een soa zouden het uitvoeren van brononderzoek en partnerwaarschuwing kunnen zijn. Maar medewerking van betrokkenen kan niet worden afgedwongen. Daar staat tegenover dat de bereidheid bij mensen, die klachten hebben of risico op een soa hebben gelopen, om zich te laten onderzoeken af zal nemen, wanneer dit zou leiden tot gedwongen doorbreken van de vertrouwelijkheid van de spreek-

kamer en tot een ongevraagde interventie door de gemeentelijke gezondheidsdienst. Dit is anders bij de overige infectieziekten waarbij een open bron aanwezig is. Hoewel over het algemeen de bereidheid tot medewerking in de bevolking in deze gevallen bijzonder groot is, moet deze toch ondersteund blijven door een niet-anonieme meldingsplicht van de arts. Dit om zeker te zijn dat de bron snel opgespoord kan worden en het openbaar verkeer tussen mensen (of contact met dieren, vectoren of goederen) niet meer tot infectie kan leiden.

Het beleid ten aanzien van de actieve soa-bestrijding is overigens onlangs geïntensiveerd met de uitbreiding van soa-poliklinieken bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten door het gehele land. Hier kunnen mensen die een verhoogd risico hebben gelopen zich laten testen en behandelen, ontvangen zij preventieve voorlichting en worden zij begeleid bij partnerwaarschuwing. Dit anonieme zorgaanbod is aanvullend op de reguliere soa-zorg die door de huisarts wordt geleverd. Daarnaast bestaat er voor de behandeling van hiv-patiënten reeds lang een hecht netwerk van hiv-behandelaars in de ziekenhuizen. Langs deze weg wordt de verspreiding van hiv in de Nederlandse bevolking op grondige wijze gevolgd. Bij de gespecialiseerde hiv-behandelaars ontvangen alle patiënten counseling (waaronder begeleiding bij partnerwaarschuwing) en worden zij volgens eenzelfde protocol begeleid en behandeld.

3.5 Plaatsen van binnenkomst

De leden van de PvdA-fractie vragen waar bij de voorbereiding de juiste balans ligt. Verder vragen zij in hoeverre de plaatsen van binnenkomst al voldoen aan de eisen en hoe voorkomen wordt dat Nederland en buurlanden afwijkende maatregelen treffen.

Bij het opstellen van het wetsvoorstel is steeds geprobeerd een reëel evenwicht te vinden opdat beperkte menskracht en middelen zo ingezet worden dat de grootste gezondheidsrisico's worden afgevangen. Dit uitgangspunt is ook gehanteerd bij de keuze voor de aan te wijzen plaatsen van binnenkomst, alsook bij het voor te schrijven niveau van voorbereiding. Een belangrijk criterium bij de keuze van plaatsen van binnenkomst is het risico op directe introductie van infectieuze ziekten uit risicogebieden. Hiermee worden niet alle potentiële risico's afgevangen. Ook op andere wijze, bijvoorbeeld over het spoor of de weg, kunnen deze ziekten immers geïntroduceerd worden. Bij het vereiste niveau van voorbereiding is gedifferentieerd tussen (lucht)havens, afhankelijk van de grootte van de (lucht)haven en het internationale verkeer dat daar binnenkomt – en dus op de risico's op introductie en verspreiding van infectieuze ziekten. Voor een verdere toelichting hierop verwijs ik u naar het ontwerp Besluit publieke gezondheid.

Het wetsvoorstel is er ook op gericht dat adequaat kan worden opgetreden zodra daar aanleiding toe is. De benodigde bevoegdheden worden geschapen om maatregelen te nemen. Er wordt echter geen regulier administratief belastend systeem opgezet met een verhoudingsgewijs beperkte kans dat de relevante risico's worden opgepikt. Zo wordt bijvoorbeeld de keus voor het al dan niet verlangen van gezondheidsdocumenten overgelaten aan het lokale bestuur. Afhankelijk van de internationale, alsook van de lokale, situatie kan het lokale bestuur gericht om de gezondheidsdocumenten vragen. De Minister van VWS kan op grond van artikel 7, tweede en derde lid, jo artikel 51, van de Wet publieke gezondheid zonnodig het lokale bestuur opdragen om hiernaar te vragen.

Over uw vraag hoe wordt voorkomen dat onze directe buurlanden afwijkende maatregelen treffen, kan ik het volgende melden. Het is moeilijk om

met andere lidstaten van de Europese Unie tot bindende afspraken te komen over bestrijdingsmaatregelen. Wel zijn er diverse bijeenkomsten geweest – en zullen er nog meerdere volgen – met de ons direct omringende landen (België, Luxemburg en Duitsland) om het bestrijdingsbeleid af te stemmen. Luxemburg werkt, mede naar aanleiding van deze bijeenkomsten, aan een communicatieprotocol voor bovengenoemde landen. Complicerende factor bij het bereiken van afstemming is het feit dat zowel Duitsland als België een federaal bestuursstelsel kennen. Dit maakt het lastig om tot duidelijke afspraken te komen die ook in het hele land zullen worden uitgevoerd.

De leden van de PVV-fractie vragen om een nadere uitleg over de verwachting dat de kans op grootschalig optreden aanwezig is maar niet groot.

Voor het antwoord hierop verwijs ik naar het bovenstaande antwoord op de vragen van de PvdA-fractie.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe wordt getoetst of men klaar is voor grootschalig optreden, onder meer bij de plaatsen van binnenkomst. Verder hebben deze leden vragen naar de samenhang met de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren, de Vervoersnoodwet en de Havennoodwet. Daarnaast vragen zij naar de rol van het ECDC.

Voor het antwoord op de eerste vraag verwijs ik deels naar het bovenstaande antwoord op de vragen van de PvdA-fractie. Uit te houden oefeningen, alsmede uit het toezicht van de inspectie, in de komende jaren zal moeten blijken of een afdoende niveau van voorbereiding inderdaad aanwezig is.

Over de relatie met de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren kan ik u het volgende melden. Maatregelen op grond van die wet worden primair uit hoofde van het gezondheidsbelang van het dier getroffen. Maatregelen op grond van de Wet publieke gezondheid worden primair uit hoofde van het volksgezondheidsbelang getroffen. Daarmee verschilt de insteek van de op grond van beide wetten te treffen maatregelen wezenlijk. Niettemin kan zich een samenloop van bevoegdheden voordoen. Dit is het geval bij zoönosen, de dierziekten die een gevaar voor de gezondheid van de mens kunnen opleveren, zoals salmonella of aviariae influenza. Op grond van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren kunnen bijvoorbeeld ontsmettingsmaatregelen met betrekking tot gebouwen en vervoermiddelen worden getroffen ter bestrijding van zoönosen. Dat kan samen vallen met de bevoegdheid tot optreden op grond van de Wet publieke gezondheid. Indien bestrijding op grond van beide wetten mogelijk is, dient de bestrijding primair op grond van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren plaats te vinden. Laatstgenoemde wet biedt ruimere mogelijkheden voor een integrale bestrijding van zoönosen dan de Wet publieke gezondheid en de bestrijding is ook in het belang van de volksgezondheid. Illustratief in dit verband is artikel 15, tweede lid, onder c, van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren. Op grond daarvan kan de Minister van LNV een besmettelijke dierziekte als zodanig aanwijzen, indien die dierziekte naar het oordeel van de Minister van VWS een ernstig gevaar voor de volksgezondheid oplevert.

Het is evenwel denkbaar dat bepaalde maatregelen ter bestrijding van een zoönose vanuit het oogpunt van diergezondheid niet nodig worden geacht, terwijl de inzet van de vergelijkbare maatregelen op grond van de Wet publieke gezondheid vanuit het volksgezondheidsbelang juist wel

nodig worden geacht. Dan zal dus de Wet publieke gezondheid worden toegepast.

Het uitgangspunt is dus dat bij dierziekten in beginsel de ontsmettingsmaatregelen van gebouwen e.d. worden getroffen op grond van de Gezondheid- en welzijnswet voor dieren. Er zijn afspraken tussen de Ministers van LNV en VWS over het wederzijds informeren, bijvoorbeeld bij het melden van verdenkingen en uitbraken van zoönosen. Operationeel zijn er afspraken gemaakt over de afstemming van de elkaar aanvullende maatregelen die op beide beleidsterreinen worden genomen. Hiervoor verwijs ik als voorbeeld naar het draaiboek «aviaire influenza; de gevolgen voor de volksgezondheid», opgesteld door het RIVM (www.rivm.nl).

Over de relatie met de Vervoersnoodwet en de Havennoodwet kan ik u het volgende melden.

Zoals al in de memorie van toelichting is aangegeven, is het niet de bedoeling dat wordt opgetreden waar de Vervoersnoodwet of de Havennoodwet voor de Minister van Verkeer en Waterstaat exclusieve bevoegdheden heeft neergelegd. De inzet van de verstrekkende maatregelen op grond van de Vervoersnoodwet en de Havennoodwet zal alleen in uiterst bijzondere gevallen aan de orde zijn. Dat blijkt ook uit artikel 2 van de Vervoersnoodwet en artikel 2 van de Havennoodwet. Bij koninklijk besluit, op voordracht van de Minister-President, kunnen, ingeval buitengewone omstandigheden dit noodzakelijk maken, de relevante artikelen in werking worden gesteld en de bevoegdheden worden uitgeoefend. Daarmee is ook het moment van overdracht helder gesteld. Voor zover dat niet is gebeurd, zal ingeval van een besmetting van vervoermiddelen of gebouwen en terreinen van havens en luchthavens, de burgemeester optreden, zonodig onder regie van de Minister van VWS.

Voor wat betreft de rol van het ECDC verwijs ik u naar mijn antwoord onder 3.4 Meldingsplichten.

4.1 Nieuwe elementen

De leden van de VVD-fractie vragen zich af of het voor alle actoren duidelijk is wanneer er sprake is van een opschalingssituatie.

De bedoelde opschaling voor de infectieziektebestrijding zal geschieden door de Minister van VWS. Die heeft op grond van dit voorstel de bevoegdheid om dat te doen (via artikel 7 jo artikel 20). De minister zal zo helderheid bieden over wat de gedragslijn dient te zijn. De minister wordt hierbij geadviseerd door het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM en wordt ook geholpen door de uitkomst van het bestuurlijk afstemmingsoverleg.

Het bestuurlijk afstemmingsoverleg is van belang omdat de minister voor een goede uitvoering van het bestrijdingsbeleid afhankelijk is van anderen, met name van de gemeenten en de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Het afstemmingsoverleg dient er ook toe om te bepalen of het beleid werkelijk uitvoerbaar is. Het nut van dit overleg staat voor mij dan ook buiten kijf. Het afstemmingsoverleg kan zonodig zeer snel plaats vinden, bijvoorbeeld via een ronde per telefoon. De uitkomst van het afstemmingsoverleg is een bestuurlijk advies over de maatregelen die medisch inhoudelijk gewenst zijn. Het is dan ook niet nodig om overal overeenstemming over te bereiken. De Minister van VWS is uiteindelijk degene die beslist over de maatregelen bij de bestrijding van een infectieziektecrisis. Wel dient er eenheid van regeringsbeleid ter zake te zijn. Dat is met name van belang als ook optreden op het terrein van de openbare orde en veiligheid aan de orde is. Vandaar het belang van de

afstemming met de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

4.2 Relatie tot de Wet rampen en zware ongevallen en de voorgenomen Wet veiligheidsregio's

De leden van de CDA-fractie vragen om opheldering over de overheveling van de bevoegdheden naar de voorzitter van de veiligheidsregio.

Volgens het in het voorstel voor de Wet veiligheidsregio's (Kamerstukken II 2006–2007, 31 117) opgenomen stelsel krijgt bij een bovenlokale ramp of crisis de voorzitter van de veiligheidsregio de bevoegdheden om bij uitsluiting van anderen op te treden ter zake van de handhaving van de openbare orde. Dat geldt ook in het geval van een infectieziektecrisis.

Met de Wet publieke gezondheid zal de Minister van VWS de burgemeesters aansturen bij een infectieziektecrisis. De burgemeesters hebben op grond van de Wet publieke gezondheid diverse (vergaande) bevoegdheden om op te treden.

Teneinde te verzekeren dat de bevoegdheden ter handhaving van de openbare orde en de daadwerkelijke bestrijding van een infectieziektecrisis in één hand blijven, wordt in de binnenkort aan de Tweede Kamer aan te bieden Aanpassingswet veiligheidsregio's voorzien – door aanpassing van de Wet publieke gezondheid – dat de bevoegdheden van de burgemeester bij de bestrijding van infectieziekten uit groep A (= infectieziektecrisis) komen te berusten bij de voorzitter van de veiligheidsregio. Nieuwe ziektebeelden of infectieziekten uit groep B1, B2 of C kunnen overigens zeer snel in groep A worden geplaatst als dat nodig zou zijn. De Minister van VWS zal dan in plaats van alle betrokken burgemeesters de betrokken voorzitters van de veiligheidsregio's aansturen ter zake van het bestrijdingsbeleid. Hiermee wordt een effectiever optreden mogelijk gemaakt.

De werkgebieden van de gemeentelijke gezondheidsdiensten dienen dan wel overeen te stemmen met de veiligheidsregio's. In veel regio's is die territoriale congruentie al bereikt. In een aantal regio's nog niet. Dit is het geval op de Zuid-Hollandse eilanden die, samen met de gemeenten van de Hoekse Waard, een regionale gemeentelijke gezondheidsdienst vormen. In Noord-Brabant ligt de gemeentelijke gezondheidsdienst in meerdere veiligheidsregio's. Ook de werkgebieden van de gemeentelijke gezondheidsdiensten van de gemeenten Mook en Middelaar, Hattem, Heerde en Deventer komen niet overeen met die van de veiligheidsregio. Daarnaast zijn er diverse werkgebieden van de gemeentelijke gezondheidsdiensten die binnen één veiligheidsregio vallen.

Om ook voor die regio's deze territoriale congruentie te bereiken, wil ik deze congruentie afdwingen via een aanpassing van de Wet publieke gezondheid. Over de hiermee samenhangende organisatorische aspecten is nog overleg gaande. Niettemin wil ik in de eerste helft van 2009 een voorstel ter zake bij de Tweede Kamer indienen.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de afspraken omtrent de communicatie in een crisis en naar het tijdstip waarop de werkgebieden van de GGD zullen overeenstemmen met die van de veiligheidsregio.

Het is belangrijk dat de overheid duidelijke informatie geeft over het ziektebeeld en het hoe en waarom van de te treffen maatregelen. Dit zal de bereidheid om ook mee te werken aan die maatregelen ongetwijfeld vergroten. In de verschillende nationale draaiboeken, waaronder die voor

SARS en vogelgriep, is expliciet aandacht besteed aan communicatie. Elk draaiboek bevat hiervoor een apart hoofdstuk. Hierin staat beschreven hoe en wanneer de communicatie naar beroepsgroepen, bestuurders en bevolking wordt vormgegeven.

In de regio wordt de communicatie veelal gecentraliseerd in de crisisstaf, die onder leiding staat van de burgemeester of de voorzitter van de veiligheidsregio. Bij een (dreigende) landelijke crisis komt de regio voor de voorlichting op nationaal niveau te liggen. Bij een sectorale crisis is dit het vakdepartement (bij infectieziekten VWS). Bij een bredere crisis is dit het Nationaal Voorlichtings Centrum (NVC).

De Rijksoverheid (VWS en BZK) ontwikkelt ten behoeve van omvangrijke infectieziekten crises materialen om de burgers te informeren. Deze zullen bij de uitbraak van een ernstige infectieziekte vooral via internet en radio en televisie (RTV) worden verspreid. In de regio kan deze informatie integraal worden overgenomen op de lokale en regionale RTV (rampenzenders) en in de regionale dagbladen. Daarnaast kan specifieke lokale en regionale informatie worden verschaft, bijvoorbeeld een situatieschets in de regio.

Bij indiening van het voorstel voor de territoriale congruentie in de eerste helft van 2009 zou realisatie daarvan in 2010 mogelijk moeten zijn.

De leden van de SGP-fractie vragen om opheldering over de overheveling van bevoegdheden aan de voorzitter van de veiligheidsregio.

Voor het antwoord hierop verwijs ik u naar hetgeen ik hierboven als antwoord bij de vragen van de leden van de CDA-fractie heb gegeven.

5. Financiële gevolgen

De leden van de CDA-fractie vragen wie de kosten draagt voor het nemen van reguliere bestrijdingsmaatregelen als die kosten groot zijn.

Op grond van artikel 60 van dit wetsvoorstel komen de kosten voor het nemen van reguliere bestrijdingsmaatregelen ten laste van de gemeente, met uitzondering van de kosten die gemoeid zijn met isolatie van tuberculosepatiënten. Op grond van artikel 62 van het voorstel kan een gemeente een beroep doen op het Rijk voor de kosten van de maatregelen die door de Minister van VWS aan de gemeente worden opgelegd.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de financiële onderbouwing van de wet.

In het voorstel Wet publieke gezondheid zijn bepalingen opgenomen over de financiering (de artikelen 59 tot en met 63). Ten aanzien van het wetsvoorstel zijn door de partijen die het aangaat op dit punt geen bezwaren aangevoerd.

Indien de Minister van VWS maatregelen opdraagt aan een gemeente kan de gemeente op grond van artikel 62 van het voorstel een beroep doen op het Rijk. In het ontwerp Besluit publieke gezondheid wordt dit uitgewerkt. Op grond van artikel 60, zesde lid, van het voorstel kunnen (lucht)haven-exploitanten en vervoerexploitanten een beroep doen op het Rijk ter vergoeding van buitengewone kosten, indien deze kosten moeten worden gemaakt in opdracht van de Minister van VWS.

De Minister van VWS financiert daarnaast het RIVM voor de ondersteuningstaken die het RIVM uitvoert ter implementatie van de Wet publieke

gezondheid. Zo wordt er voorlichtingsmateriaal ontwikkeld voor artsen (vademecum), worden er softwaresystemen aangepast om meldingen mogelijk te maken en worden er gemeentelijke inspecteurs opgeleid om de hygiëne aan boord van schepen te gaan controleren.

6. Toezicht en handhaving

De leden van de PvdA-fractie vragen of het ministerie van VWS voldoende is toegerust om de naleving van de wet goed te controleren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg zorgt voor het toezicht op de naleving van de Wet publieke gezondheid. De inspectie heeft aangegeven voldoende te zijn toegerust om dit toezicht te kunnen uitoefenen.

7. Digitale gegevensopslag bij de jeugdgezondheidszorg

De leden van de SP-fractie vragen om nadere uitleg over de digitaliseringsplicht en het EKD.

Met dit voorstel dienen gemeenten bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg zorg te dragen voor een digitale opslag van het patiëntendossier waarbij landelijke eisen kunnen worden gesteld aan de daarbij te gebruiken software. Deze verplichte digitalisering zal zorg dragen voor een soepeler overdracht van dossiers. Mogelijk zal de digitalisering in een later stadium ook bijdragen aan een landelijk systeem waar informatie breder uitgewisseld kan worden. Daarvan is nu evenwel geen sprake.

De colleges van burgemeester en wethouders zijn nu op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg. Met dit voorstel verandert dat niet. Daarom acht ik het verantwoord om de colleges ook verantwoordelijk te maken voor genoemde digitalisering op lokaal niveau. Doel van de betreffende verplichting is om te komen tot een landelijke dekking van deze digitale opslag waarbij dossiers eenvoudig kunnen worden overgedragen. Daarom is in het voorstel ook bepaald dat bij ministeriële regeling nadere eisen (standaarden) kunnen worden gesteld aan de daarbij te gebruiken software. In zijn brief van 5 februari 2008 (Kamerstukken II 2007–2008, 31 001, nr. 43) is de Minister voor Jeugd en Gezin hier nader op ingegaan. De aanschaf van de softwarepakketten is een lokale verantwoordelijkheid.

De leden van de VVD-fractie vinden het wenselijk dat de digitaliseringsplicht en het EKD via één wettelijk invoeringskader worden geregeld, bij voorkeur in de voorgenomen Wet op het elektronisch patiëntendossier.

Anders dan de leden van de VVD-fractie zie ik de voorgenomen digitaliseringsplicht, zoals hierboven al uiteengezet, niet als een verstrekkende aanpassing in de jeugdgezondheidszorg. Het advies van de Raad van State ter zake (onder 4, b) loopt vooruit op de situatie waarin een bredere informatie-uitwisseling zal worden gerealiseerd. Zoals al aangegeven, is daarvan in het huidige wetsvoorstel geen sprake.

Naar mijn mening is er met de digitaliseringsplicht als zodanig winst te behalen. Ook al zou in een later stadium geen bredere informatie-uitwisseling plaatsvinden, is de digitaliseringsplicht als nuttig te achten. Indien er wel een dergelijke bredere informatie-uitwisseling dient plaats te vinden, zullen wettelijke waarborgen moeten worden opgenomen. De Wet publieke gezondheid lijkt daarvoor niet de aangewezen plaats. Aansluiting zou kunnen worden gezocht met de voorgenomen wet op het elektronisch

patiëntendossier, indien toepassing van de informatie-uitwisseling binnen de gezondheidszorg wordt beoogd. Indien informatie-uitwisseling ook buiten de gezondheidszorg zou zijn gewenst, zou regeling in de Wet op de jeugdzorg aangewezen kunnen zijn, aangezien het de bedoeling is om daarin de zogeheten verwijsindex jeugdigen te regelen, evenals de Centra voor Jeugd en Gezin. Echter, ook in die situaties blijft de Wet publieke gezondheid de aangewezen plaats voor de digitaliseringsplicht. De digitaliseringsplicht hoort immers bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en dient dan ook te worden geregeld waar de jeugdgezondheidszorg is geregeld.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel 2

De leden van de PvdA-fractie vragen in dit verband naar uitleg over het optreden van de gemeenten.

Voor de duidelijkheid: dit artikel bevat, gelijk aan artikel 2 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de zogeheten bevorderingstaken voor de gemeenten en gaat niet over de infectieziektebestrijding.

Voor wat betreft de vraag over het optreden door gemeenten bij een infectieziektecrisis, het volgende. Het is zeer waarschijnlijk dat er verschil zal zijn in de activiteit die gemeenten dienen te ondernemen. Vooral van de gemeenten waar de «plaatsen van binnenkomst» zijn gelegen, wordt meer verwacht. Daarom is voor deze plaatsen een apart hoofdstuk opgenomen met extra bevoegdheden en verplichtingen.

De Minister van VWS kan op grond van artikel 7 de burgemeesters aansturen. Voor wat betreft de voorbereiding op ernstige infectieziekten kan de minister op grond van artikel 8 de colleges van burgemeester en wethouders aansturen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de uitvoering door de gemeenten. Dit acht ik voldoende om de gewenste activiteit te verkrijgen.

Artikel 5

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet verstandiger is om het EKD te verankeren in de Wet op de jeugdzorg. Verder vragen zij in relatie tot het vierde lid van dit artikel om een voorhangbepaling.

Zoals hiervoor al aangegeven, bij 7. Digitale gegevensopslag bij de jeugdgezondheidszorg, betreft de digitaliseringsplicht enkel het digitaliseren van de huidige papieren dossiers van de jeugdgezondheidszorg, waartoe alleen de behandelaar toegang heeft. De invoering van een systeem waarbij bredere informatie-uitwisseling mogelijk wordt – en waarop het aangehaalde punt van de Raad van State doelde – is nu niet aan de orde. Indien dat in de toekomst mogelijk wel aan de orde is, moet dan worden gezien waar wettelijke verankering het best op zijn plaats is.

Het voorgestelde vierde lid van artikel 5 is inhoudelijk gelijk aan het huidige derde lid van artikel 3a van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Laatstgenoemd artikellid vormt de grondslag voor het Besluit jeugdgezondheidszorg met daarin het basistakenpakket. Er is in de Wet collectieve preventie volksgezondheid geen voorhangbepaling opgenomen. Het vierde lid van artikel 5 van dit wetsvoorstel vormt mede de grondslag voor het voorgenomen Besluit publieke gezondheid. De bepalingen ter zake van de jeugdgezondheidszorg (de uitwerking van het basis-

takenpakket) zullen daarin ongewijzigd ten opzichte van nu worden opgenomen. Mijn voorstel is daarom om geen voorhangbepaling op te nemen. Zoals hiervoor al aangegeven, zal ik u de ontwerp tekst voor het Besluit publieke gezondheid zo spoedig mogelijk toezenden.

Artikel 6

De leden van de PvdA-fractie vragen of gemeenten aanwijzingsbevoegdheden nodig hebben ten aanzien van huisartsen en anderen om te garanderen dat zij bijvoorbeeld mee oefenen.

Huisartsen en andere zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, dienen ofwel aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ofwel aan de Kwaliteitswet zorginstellingen te voldoen. Dat houdt in dat zij verantwoorde zorg moeten leveren, ook tijdens een infectieziektecrisis. Dat maakt ook dat zij gehouden zijn zich voor te bereiden op hun taak in het kader van de geneeskundige hulpverlening. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt hierop toezicht. Het uitgangspunt hierbij is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg en dat bij gebreke daarvan via de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan worden ingegrepen. Er is op dit moment geen reden om dit te wijzigen in het kader van een goede voorbereiding op een infectieziektecrisis door deze partijen en een aanvullende gemeentelijke aanwijzingsbevoegdheid in te doen stellen.

De Minister van VWS heeft 10 miljoen euro structureel beschikbaar gesteld voor de voorbereiding op crises en rampen door de zorgsector. Deze middelen worden met name ingezet voor het opleiden en oefenen voor deze bijzondere situaties. In overleg met het veld deze middelen via de regionale traumacentra beschikbaar gesteld voor alle zorgverleners, ook voor huisartsen.

Artikel 22

De leden van de SP-fractie vragen welke actie burgemeester en wethouders naar aanleiding van de melding op grond van het derde lid van dit artikel ondernemen. Verder vragen zij om concrete voorbeelden van toepassing van artikel 22, vierde lid.

Ingevolge artikel 22, derde lid, dient een arts die het vermoeden heeft dat iemand besmet is met een infectieziekte uit groep B1 of B2 en die weigert het noodzakelijke onderzoek te ondergaan, waardoor mogelijk ernstig gevaar voor de volksgezondheid kan ontstaan, dit vermoeden te melden. Zo'n melding is op zichzelf voldoende aanleiding om te bezien of een procedure tot opname in isolatie van betrokkene in gang moet worden gezet. De gemeentelijke gezondheidsdienst onderneemt in een dergelijk geval onmiddellijk actie door naar de arts en de patiënt toe te gaan. De arts-infectieziektebestrijding van de gemeentelijke gezondheidsdienst verneemt van de arts welke ziekte wordt vermoed en op welke gronden. De arts-infectieziektebestrijding beoordeelt of er op grond van het vermoeden sprake kan zijn van een ernstig gevaar voor de volksgezondheid door verspreiding van de infectieziekte. Indien dit inderdaad het geval is, de betrokkene tevens niet vrijwillig tot opname ter isolatie bereid is, én het gevaar niet op een andere effectieve wijze kan worden afgewend, is voldaan aan alle elementen van artikel 31, eerste lid, van dit wetsvoorstel. De arts-infectieziektebestrijding neemt dan onmiddellijk contact op met de burgemeester voor een bevel tot onverwijlde opname van betrokkene ter isolatie in een ziekenhuis. Om vervolgens vast te kunnen of er werkelijk sprake is van ernstig infectiegevaar, kan de arts-infectieziektebestrijding de burgemeester verzoeken een lichamelijk

onderzoek door een arts te bevelen, wanneer de betrokkene niet bereid is hieraan mee te werken. Indien het een inwendig onderzoek betreft moet hiervoor machtiging verleend worden door de rechter.

Artikel 22, vierde lid, voorziet in vrijstelling of in beperking (vrijstelling onder voorwaarden) van de meldingsplicht. Een concreet geval betreft bijvoorbeeld de melding van invasieve pneumokokkenziekte. Omdat het doel van zo'n melding is om een eventueel falen van het Rijksvaccinatieprogramma tijdig te signaleren, is het alleen zinvol om ziektegevallen bij kinderen onder de 5 jaar te melden en de artsen (en de overige betrokkenen bij het meldingssysteem) niet met meldingen van de overige gevallen te belasten. Een ander voorbeeld betreft de melding van malaria. Omdat het doel van deze melding primair is permanent actuele informatie te verzamelen ten behoeve van goede reizigersadvisering, is melding door het laboratorium, in combinatie met een (passieve) informatieplicht van de arts wanneer de gemeentelijke gezondheidsdienst daarom verzoekt, voldoende. De beroepsgroep bespreekt nog diverse casussen en welke (omvang van de) meldingsplicht adequaat is in relatie tot lastenvermindering en kwaliteitsverhoging (betere compliance).

Een andere situatie is in internationaal verband binnen professionele werkgroepen besproken in het kader van de bestrijding van grote epidemieën en pandemieën. Bij een dergelijke grootschalige uitbraak zullen in de eerste fase dat de infectieziekte Nederland bereikt alle individuele gevallen geregistreerd moeten worden om het juiste beleid te kunnen voeren. Op een gegeven moment in de ontwikkeling van de pandemie zal het aantal ziektegevallen echter dermate groot zijn dat het hele surveillance systeem ontregeld kan raken. Bovendien zullen de behandelaars niet meer in staat zijn om van elke ziektegeval alle gegevens te blijven registreren en te melden. In dat geval is het centrale bestrijdingsbeleid meer gebaat bij melding van bijvoorbeeld het wekelijks aantal nieuwe gevallen dat door een arts wordt gezien. Echter, rekening houdend met de serieuze kans op een groot gebrek aan medisch personeel, is het zelfs niet ondenkbaar dat er tijdelijk überhaupt geen gelegenheid zal zijn om te registreren en te melden. In international verband werd dan ook aan bevelen voor deze situaties de meldingsplicht te flexibiliseren.

Artikel 29

De leden van de CDA-fractie vragen naar de reden van vijf jaar voor de bewaarplicht.

Aanvullend op het geconstateerde door de leden van de CDA-fractie kan worden opgemerkt dat de bewaartermijn in artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek inmiddels is gesteld op vijftien jaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

De bewaartermijn van maximaal vijf jaren is ongewijzigd overgenomen uit artikel 8 van de Infectieziektenwet. In navolging van het gestelde in de memorie van toelichting bij de Infectieziektenwet wordt ook nu de opvatting ingenomen dat het bewaren van de persoonsgegevens verbonden aan de melding- en surveillance-activiteit slechts zo lang van toepassing mag zijn als dit nodig is voor de actuele bestrijding, en dan maximaal 5 jaar. Dit betekent niet dat de verzamelde gegevens – van groot belang voor het lange termijn onderzoek – daarna vernietigd moeten worden, maar dat deze moeten worden geanonimiseerd. Naast de permanente meldingsregistratie in het kader van dit wetsvoorstel legt een gemeentelijke gezondheidsdienst ook individuele patiëntendossiers aan als behandelaar of medebehandelaar. Deze dossiers zijn aangelegd in het

kader van een individuele behandelovereenkomst en dienen dus conform artikel 7:454 BW vijftien jaar bewaard te worden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink