

Vergaderjaar 2009–2010

**32 195**

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

**Nr. 5**

### **VERSLAG**

Vastgesteld 8 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

### **INHOUDSOPGAVE**

**Blz.**

#### **I. ALGEMEEN**

**1**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Inleiding   | 1 |
| 2. De voorbereiding op grootschalige publieke gezondheidscrisis                                  | 2 |
| 3. Versterking preventiecyclus en bevordering implementatie gemeentelijke nota gezondheidsbeleid | 4 |
| 4. Prenatale voorlichting  | 6 |
| 5. Financiële gevolgen en administratieve lasten   | 6 |
| 6. Toezicht  | 6 |
| 7. Advies Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Veiligheidsberaad                              | 6 |

#### **II. ARTIKELSGEWIJS**

**6**

##### **I. ALGEMEEN**

###### **1. Inleiding**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voornemen de Wet publieke gezondheid (Wpg) te wijzigen onder meer in verband met de Wet veiligheidsregio's (Wvr). Het proces om de drie hulpverleningsdiensten, de politie, brandweer en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR), op dezelfde schaal te laten functioneren, is al vergevorderd. Daarbij zullen de regiogrenzen gaan samenvallen. Nieuw in dit wetsvoorstel is dat er ook maar één gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) binnen een regio wordt voorzien

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL), De Roos-Consensulder (SP) en Harbers (VVD).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL), De Wit (SP) en Neppérus (VVD).

en dat de voorzitter van de veiligheidsregio, in plaats van de burgemeester, de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorende tot groep A of een dreiging daarvan ter hand neemt. Er komt een eenhoofdige operationele leiding van de GGD en de GHOR, de directeur publieke gezondheidszorg.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid en hebben daarover een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgenomen wijziging van de Wet publieke gezondheid. De hoofdmoot van het wetsvoorstel is het afstemmen van de Wet publieke gezondheid op de Wet veiligheidsregio's. De leden van de VVD-fractie staan in beginsel positief tegenover de afstemming tussen deze beide wetten. Deze leden hebben enkele vragen en opmerkingen ten aanzien van het wetsvoorstel.

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

De leden van de CDA-fractie staan achter het voornemen om de coördinatie tussen de verschillende diensten die betrokken kunnen zijn bij de opvang van rampen en ongevallen zo goed mogelijk te regelen. Een primaire voorwaarde daartoe is dat er duidelijkheid bestaat over de verschillende rollen en verantwoordelijkheden binnen de keten. Juist daarover hebben genoemde leden vragen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft bij de bestrijding van een infectieziekte behorende bij groep A, of een directe dreiging daarvan, de leiding over de bestrijding. Dat betekent dat hij de kaders voor de bestrijding vaststelt en dus aanwijzingen geeft over het te voeren beleid. Is het opstellen van draaiboeken per ziekte wel voldoende om van «aansturing» door de minister te spreken, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De minister van VWS stuurt bij de voorbereidingen op een uitbraak de besturen van de veiligheidsregio's aan. Omdat in de voorgestelde wetswijziging een epidemie van een infectieziekte behorende tot groep A, alsmede een epidemie van een nieuw subtype humaan influenzavirus worden gezien als crisis in de zin der wet, wordt genoemd bestuur verantwoordelijk voor de voorbereiding op een grootschalige uitbraak van een dergelijke infectieziekte. Daartoe verankert het bestuur, in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD, het aspect van de grootschalige infectieziektebestrijding in de vierjaarlijkse crisisplannen die het bestuur op grond van de Wet veiligheidsregio's moet vaststellen. Daarvoor is het noodzakelijk dat er goede afstemming plaatsvindt met relevante externe partijen, zoals het RIVM en het leger. Is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de besturen van de veiligheidsregio en de GGD hierbij voldoende duidelijk, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Betekent dit dat elke regio apart moet overleggen met het RIVM en het leger? De nieuw aan te stellen directeur publieke gezondheid krijgt de operationele leiding over zowel de GGD als de GHOR. Hij/zij geeft daarmee leiding aan twee organisaties onder twee verschillende besturen. Hoe ligt hier de verantwoordelijkheidsverdeling in geval van een conflict tussen de beide besturen, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Ligt er dan een verantwoordelijkheid voor de minister van VWS?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of aangegeven kan worden wat de meerwaarde is van het overhevelen van de bevoegdheden bij een epidemie van een infectieziekte behorende bij groep A, van de burgemeester naar de voorzitter van de veiligheidsregio. Gesteld wordt dat aldus verzekerd wordt dat deze crisisbevoegdheid en het gezag inzake de

openbare orde in één hand blijven indien eenhoofdig lokaal gezag vereist is. Ten aanzien van infectieziekten behorend tot groep A heeft de minister van VWS de leiding over de bestrijding; de voorzitter van de veiligheidsregio blijft met de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering. Welke onderdelen in de bestrijding van Nieuwe Influenza A (H1N1) zouden anders verlopen zijn met deze wetswijziging?

Kan gedetailleerd aangegeven worden welke lessen getrokken zijn uit de bestrijding van de Mexicaanse griep; wat is goed gegaan en wat zou bij een volgende epidemie anders moeten en waarom?

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze het bestuur van een veiligheidsregio het aspect van grootschalige infectieziektebestrijding verankert in de vierjaarlijkse crisisplannen die het bestuur dient vast te stellen. Welke controle bestaat hierop? Hoe wordt gegarandeerd dat dit in elke veiligheidsregio voldoende gebeurt? Wanneer gaat dit voor de eerste keer gebeuren? Op welke wijze worden alle relevante partijen hierbij betrokken?

Met dit wetsvoorstel wordt onder andere geregeld dat de werkgebieden van GGD-regio's één op één gelijk gesteld worden aan de veiligheidsregio's. Dit betekent ook dat er sprake is van verplichte interne congruentie van GGD-regio's met veiligheidsregio's. Deze leden vragen of aangegeven kan worden of en hoe het met de verplichte fusie van GGD'en mogelijk blijft voor de GGD om de problemen in de regio voldoende aan te pakken. Kan een reactie gegeven worden op de stelling van bijvoorbeeld de gemeente Utrecht dat de verplichte interne congruentie geen toegevoegde waarde heeft voor de jeugdgezondheidszorg, zorg voor sociaal kwetsbaren en algemene gezondheidsbevordering van (groepen) burgers en dat zelfs sprake kan zijn van kwaliteitsverlies? Kan aangegeven worden welke GGD'en zullen moeten fuseren en welke gevolgen dit kan hebben, ook volgens de GGD'en zelf?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg en het daarin genoemde uitgangspunt «één gezin, één plan», onder druk komt te staan door het voorliggende wetsvoorstel. Voor alle grensgemeenten die kinderen op het voortgezet onderwijs in een andere GGD-regio hebben heeft deze wetswijziging grote gevolgen. In de praktijk hebben zij immers geen bestuurlijke zeggenschap over de andere regio waar de kinderen het voortgezet onderwijs volgen en dus eventueel in het Zorg Advies Team (ZAT) besproken worden. Dit staat haaks op de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg, waarop gemeenten regie dienen te voeren.

Deze leden wijzen in dit verband op het volgende voorbeeld:

Ruim 90% van de Hattemse scholieren volgt voortgezet onderwijs in Zwolle en wordt daar, in voorkomende gevallen, besproken in een ZAT. GGD IJsselland voert dit voor Hattem uit. Dit moet zo blijven. Volgens het wetsvoorstel dient Hattem in ieder geval bestuurlijk over te gaan naar de GGD Gelre-IJssel (Apeldoorn). Als gevolg hiervan heeft Hattem geen regie, geen bestuurlijke zeggenschap meer over de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg met betrekking tot de Hattemse leerlingen die voortgezet onderwijs volgen in Zwolle. Dit voorbeeld staat niet op zichzelf. Ook veel andere gemeenten, zoals Maarssen, Mook en Middelaar, zullen met deze gevolgen te maken krijgen. De leden van de PvdA-fractie vragen of geïnventariseerd is hoeveel gemeenten met dit soort problemen in de uitvoering te maken gaan krijgen. Zij vragen op welke wijze er voldoende flexibiliteit in het systeem kan worden ingebouwd om te garanderen dat de verschillende wetten in de praktijk wel tot één doel leiden. Hoe kan de democratische legitimatie in bovengenoemde situaties worden geborgd bij bestuurlijke besluitvorming over de uitvoering van het JGZ-beleid?

De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich voorstellen dat het de eenduidigheid ten goede komt als wordt gekozen voor één adviseur die adviseert op basis van de Wet publieke gezondheid en de Wet veiligheidsregio's. Juist in een crisissituatie kan deze eenduidigheid van levensbe-

lang zijn. Dat dit betekent dat er overgegaan dient te worden naar een éénhoofdige operationele leiding van GGD en GHOR lijkt logisch. Deze leden vragen op welke wijze deze directeurs publieke gezondheid zullen worden benoemd en welke gevolgen dit heeft voor de huidige leidinggevenden van respectievelijk GGD en GHOR.

De leden van de PvdA-fractie hebben verschillende signalen van gemeenten ontvangen die erop wijzen dat er in het veld niet onverdeeld verheugd wordt gereageerd op de voorliggende wetswijziging. Deze leden vragen of aangegeven kan worden welke bezwaren de verschillende gemeenten hebben aangevoerd, in hoeverre er van tevoren met gemeenten overleg is geweest over deze wetswijziging, in hoeverre de bezwaren van gemeenten zijn verwerkt en op welke wijze de gesignaleerde knelpunten kunnen worden opgelost.

De leden van de VVD-fractie constateren dat de Raad van State veel verbeterpunten heeft aangegeven ten aanzien van de wetgeving. De regering neemt niet alle adviezen over. Als eerste het advies ten aanzien van de gebiedscongruentie. De Raad van State geeft aan dat er twijfels bestaan over de vrijheid voor gemeenten om hun taak uit te voeren op een wijze die zij zelf binnen de eigen gemeente wenselijk vinden. De regering heeft hierop geantwoord dat er binnen één veiligheidsregio slechts één GGD dient te zijn. Vooral in de regio's Utrecht en Haaglanden moeten de GGD'en hierdoor fuseren. Kan de regering een reactie geven op hoe dit in de praktijk zal uitwerken?

Het tweede advies van de Raad van State dat de regering niet uitvoert, betreft de precieze verhouding tussen de besturen van de veiligheidsregio's en de verantwoordelijkheid van de minister van VWS. De regering is in het voorliggende wetsvoorstel niet duidelijk op dit punt. Graag zien de leden van de VVD-fractie een zo precies mogelijke afbakening tussen de verantwoordelijkheden. Bijvoorbeeld bij de uitbraak van een infectieziekte zal er vaak sprake zijn van bovenregionale problemen. Op dit moment zijn er «actieplannen», maar het lijkt verstandig om dit vooraf zo helder mogelijk te hebben. De memorie van toelichting geeft op pagina 3 ook niet veel meer duidelijkheid. De voorzitters van de veiligheidsregio's blijven verantwoordelijk voor de individuele gevallen, maar de minister geeft wel de aanwijzingen voor het te voeren beleid. Volgens genoemde leden wordt het zo onduidelijk hoe de bevoegdheden liggen in het geval van een snelle uitbraak van infectieziekten.

Ten aanzien van de crisisplannen vragen de leden van de VVD-fractie in hoeverre hierover onderlinge afstemming plaatsvindt. Twee naast elkaar gelegen veiligheidsregio's stellen onafhankelijk van elkaar een veiligheidsplan voor infectieziekten op. Maar infectieziekten zijn juist vaak niet regio-gebonden. Hoe zou dat in dit geval, mocht er verschil tussen de plannen zijn, opgelost worden?

Kan de regering nader ingaan op de directeur publieke gezondheid. Voor de leden van de VVD-fractie zijn diens verantwoordelijkheden niet duidelijk. Deze leden vragen in hoeverre er sprake is van draagvlak onder de GGD'en. Is hierover met het veld overlegd?

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

De leden van de CDA-fractie zijn blij met de nieuwe eisen die aan de door de gemeenten op te stellen nota gemeentelijke gezondheidsbeleid worden gesteld. Het is goed dat doelstellingen en acties om die te bereiken moeten worden geformuleerd, alsmede de te verwachten resultaten. Wie ziet er toe op deze aspecten?

De leden van de PvdA-fractie stemmen in met de stelling dat de gemeente de aangewezen organisatie is voor de publieke gezondheidszorg vanwege

de samenhang van deze zorg met allerlei andere beleidsterreinen. Zij vragen welke vele mogelijkheden er zijn om directe verbanden te leggen tussen bijvoorbeeld leefstijl, leefomgeving, maatschappelijke ondersteuning, volkshuisvesting en milieubeleid/gezondheidsrisico's, alsmede tussen bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg en de curatieve zorg en welke van deze mogelijkheden nu al worden benut door gemeenten en hoe ervoor gezorgd gaat worden dat al deze mogelijkheden door gemeenten worden gebruikt. Kan aangegeven worden in welke mate gemeenten nu al duidelijke afspraken maken met zorgverzekeraars, welzijnsinstellingen, sportorganisaties, zorgaanbieders en consumenten- en patiëntenorganisaties? Wat houden deze afspraken in? Welke gemeenten lopen hiermee voorop en in welke gemeenten zijn dit soort samenwerkingsverbanden nog niet of onvoldoende van de grond gekomen?

De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat ten aanzien van de algemene bevorderingstaken (en naar verwachting ook ten aanzien van de ouderenzorg) sprake is van veel gemeentelijke beleidsvrijheid. Deze leden vragen op welke wijze gegarandeerd wordt dat gemeenten voldoende investeren in de algemene bevorderingstaken en welke verantwoording c.q. controle achteraf mogelijk is. Op welke wijze worden best practices uitgewisseld?

Zij vragen in dit kader op welke wijze in een vroeg stadium preventie kan plaatsvinden bij groepen die een hoog risico hebben op het ontwikkelen van gezondheidsschade, zodat voorkomen kan worden dat mensen met een hoog risico daadwerkelijk (chronische) ziekten gaan ontwikkelen. Genoemde leden vragen of het mogelijk is om de vroege opsporing en toeleiding naar zorg van hoogerisicogroepen te regelen door hen als aparte aandachtsgroep in de Wet publieke gezondheid op te nemen, zoals ook jeugd en binnenkort ouderen (conform het aangenomen amendement Kant) als aparte groepen in de wet gedefinieerd worden.

Deze leden wijzen erop dat het aantal mensen met een ongezonde leefstijl en ongunstige persoonsgebonden risicofactoren nog altijd stijgt. Deze mensen, vaak met weinig opleiding en inkomen, lopen meer risico op het ontwikkelen van (chronische) ziekten, zoals diabetes, COPD, hart- en vaatziekten en nierziekten. Voor bijvoorbeeld het aantal personen met diabetes wordt tussen 2010 en 2025 een toename van zo'n 80% voorspeld. Het CVZ-rapport «Van preventie verzekerd» (2007) spoort de minister van VWS aan «het opsporen en toe leiden naar de individuele zorg goed te regelen». Waartoe heeft deze aansporing tot nu toe geleid?

Het voorkomen van (chronische) ziekten geeft gezondheidswinst, een verbeterde kwaliteit van leven en zorgt uiteindelijk voor afname van de druk op de totale gezondheidszorg. De grootste gezondheidswinst valt op dit moment te halen door te voorkomen dat mensen met een hoog risico daadwerkelijk (chronische) ziekten gaan ontwikkelen. De leden van de fractie van de PvdA menen dat uitvoering op lokaal niveau hiervoor uitermate geschikt is. GGD'en hebben de epidemiologische informatie om de wijken met risicogroepen te selecteren, zodat gericht geïntervenieerd zou kunnen worden. Deze leden vragen een reactie op bovenstaande suggestie.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze gemeenten gemotiveerd kunnen afwijken van de landelijke prioriteiten. Wat houdt deze motivatie precies in en door wie en op welk tijdstip wordt deze beoordeeld?

Deze leden vragen in hoeverre de implementatie van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid op het terrein van algemene bevorderingstaken nu voldoende is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde immers dat deze implementatie tekortschiet. Wat is nu de stand van zaken?

Worden in de gemeentelijke nota's nu wel concrete maatregelen genoemd om expliciete doelstellingen via een plan van aanpak te realiseren?

#### **4. Prenatale voorlichting**

De leden van de PvdA-fractie wijzen opnieuw op het grote belang van prenatale voorlichting en preconceptiezorg. Er wordt van uitgegaan dat gemeenten prenatale voorlichting aanbieden via het Centrum voor Jeugd en Gezin en dat de prenatale voorlichting wordt afgestemd op de behoefte van de aanstaande ouders in lijn met het lokale gezondheidsbeleid. Welke garantie bestaat er dat gemeenten prenatale voorlichting daadwerkelijk op deze wijze en in voldoende mate zullen aanbieden? Op welke wijze wordt ervoor gezorgd dat er voldoende afstemming is op de behoefte van de aanstaande ouders? Kunnen hiervan voorbeelden worden gegeven? Betekent dit ook dat bijvoorbeeld allochtone bevolkingsgroepen actief benaderd zullen worden? Kan aangegeven worden waaruit de prenatale voorlichting precies bestaat? Hoeveel geld is beschikbaar voor prenatale voorlichting? Kan aangegeven worden hoe preconceptiezorg zich verhoudt tot deze prenatale voorlichting door gemeenten? Op welke wijze wordt gegarandeerd dat aanstaande ouders overal in Nederland voldoende prenatale voorlichting ontvangen, gezien het feit dat gemeenten zelf de inhoud van het aanbod prenatale voorlichting en de aanbieders kunnen bepalen?

#### **5. Financiële gevolgen en administratieve lasten**

De leden van de VVD-fractie constateren dat het laatste advies van de Raad van State dat niet opgevolgd wordt, het specificeren betreft van de financiële gevolgen van het congruent maken van de GGD-regio's. De regering heeft naar aanleiding van het advies van de Raad van State wel een beweging gemaakt, maar niet de kosten en de doelmatigheidswinst meegenomen. De reden hiervoor is dat er per regio specifieke regionale omstandigheden zijn. In hoeverre blijven de financiële gevolgen op deze wijze overzichtelijk?

#### **6. Toezicht**

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de Inspectie voor de Gezondheidszorg voldoende mankracht en middelen beschikbaar heeft voor het toezicht op de nieuwe taak van het bestuur van de veiligheidsregio's. Hoeveel fte's zijn hiervoor nodig?

#### **7. Advies Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Veiligheidsberaad**

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer er wel aanleiding zou zijn om het aantal GGD'en verder in te perken. Deze leden vragen voorts of de aanpassingen die zijn verwerkt naar aanleiding van de adviezen van de VNG en het Veiligheidsberaad betekenen dat de VNG en het Veiligheidsberaad nu onverkort achter dit wetsvoorstel staan.

## **II. ARTIKELSGEWIJS**

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

Ten aanzien van de nieuwe verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de prenatale voorlichting (die tot voor kort onder de AWBZ viel) hebben de leden van de CDA-fractie bedenkingen bij de kwaliteit daarvan. De inhoud van de voorlichting staat niet vast, evenmin als de aanbieders daarvan. De aanbieders kunnen jeugdgezondheidszorginstellingen zijn, thuiszorgorganisaties, dan wel verloskundigen of kraamcentra. Hoe kan op deze manier worden bereikt dat zwangere vrouwen en hun partners

gelijkluidende informatie ontvangen en dat dezelfde informatie niet twee keer gegeven wordt, zo vragen deze leden. Op grond van welke overwegingen kunnen de gemeenten een overwogen keuze maken?

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

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven, aan de hand van het meest recente voorbeeld: de Nieuwe Influenza A, wat de stappen zijn die gezet worden met het inwerkingtreden van dit artikel, met deze wet en welke van deze stappen anders zijn dan de huidige praktijk.

#### **Artikel II, onderdeel C**

De minister van VWS zal het bestuur van de veiligheidsregio's aansturen in plaats van het college van burgemeester en wethouders. De financiën echter zijn op de gemeenten gericht. Hoe zal deze besluitvorming tot stand komen? Kan de regering aan de hand van het voorbeeld van de Nieuwe Influenza A de nieuwe verantwoordelijkheden schetsen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

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

De leden van de CDA-fractie zijn bezorgd over de mogelijke inperking, door de gedwongen gebiedscongruentie van de GGD met de veiligheidsregio, van de gemeentelijke mogelijkheden om de gezondheidstaken die aan hen zijn opgedragen te organiseren op een manier die het beste bij de eigen gemeentelijke context past. Wordt deze niet ingeperkt door de gedwongen samenwerking met die ene regionale GGD?

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Clemens