

Vergaderjaar 2009–2010

32 195

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

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 25 maart 2010

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 tot wijziging van de 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 en VVD hebben over het wetsvoorstel.

I. ALGEMEEN

De voorbereiding op grootschalige publieke gezondheids crises

De leden van de CDA-fractie vragen naar de aansturing door de Minister van VWS, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de besturen van de veiligheidsregio en de functie van de directeur publieke gezondheid.

Leiding geven aan de bestrijding van een infectieziekte crisis omvat veel meer dan het opstellen van draaiboeken. Leiding geven kan inhouden dat heel concrete opdrachten worden uitgevaardigd, zoals bijvoorbeeld het onderzoeken van mensen die uit risicogebieden komen en het zonodig in quarantaine plaatsen en houden van mensen. Andere voorbeelden zijn het afgelasten van evenementen of het sluiten van scholen. Op voorhand kan echter niet bepaald worden of en zo ja welke maatregelen moeten worden ingezet. Als er bijvoorbeeld een nieuw gevaarlijk besmettelijk ziektebeeld ontstaat (hier of elders in de wereld) dan moet aan de hand van het advies van deskundigen worden bepaald wat de meest adequate methode is om hiertegen op te treden. Maatwerk is dus vereist voor de bestrijding. Voor de (bekende) infectieziekten uit groep A van de Wet publieke gezondheid (waarbij dus in ieder geval sprake is van een infectieziekte crisis) zijn al wel draaiboeken gemaakt. De Minister van VWS kan in het kader van de voorbereiding op zo'n crisis de besturen van de veiligheidsregio's opdragen bepaalde aspecten in acht te nemen bij het vaststellen van de regionale crisisplannen. Ingeval van een daadwerkelijke

uitbraak kan de Minister van VWS vervolgens de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen tot het treffen van (aanvullende) maatregelen.

Met het onderhavig voorstel moet het bestuur van de veiligheidsregio zorgen voor een adequate voorbereiding op een infectieziektecrisis. Daartoe moet het bestuur van de veiligheidsregio de aanpak van een grootschalige infectieziekte-uitbraak uitwerken in het vierjaarlijks op te stellen crisisplan, bedoeld in de Wet veiligheidsregio's. De reden is de nauwe relatie met openbare orde en veiligheidsaspecten bij de bestrijding van een infectieziektecrisis. Het bestuur van een veiligheidsregio, bestaande uit de burgemeesters van de gemeenten in de regio, wordt dan ook integraal verantwoordelijk voor de voorbereiding op de bestrijding. Om de noodzakelijke inhoudelijke inbreng te kunnen waarborgen, wordt het bestuur van de veiligheidsregio daarbij ondersteund door de GGD. Bij de GGD zijn ook de deskundigen ondergebracht om op te treden in reguliere en opgeschaalde situaties. Deze deskundigen werken binnen het landelijk netwerk van infectieziektebestrijding met professionele netwerken en relaties naar het RIVM en via het RIVM naar de Wereld Gezondheidsorganisatie(WHO). Het bestuur van de GGD heeft ter uitvoering van de bestrijdingstaak een bevoegdheid toebedeeld gekregen bij het vaststellen van het crisisplan, tenminste voor wat betreft het onderdeel infectieziekten crisis. Dat bestuur is immers verantwoordelijk voor de uitvoerende GGD-organisatie en kan het beste beoordelen of de noodzakelijke inhoudelijke inbreng is gewaarborgd en aansluit bij de reguliere infectieziektebestrijdingstaak van de GGD. Operationeel zal de directeur publieke gezondheid het bestuur van de veiligheidsregio ondersteunen bij het opstellen van het crisisplan. De directeur publieke gezondheid zorgt voor de verbinding tussen de inhoud van de publieke gezondheidszorg en de organisatie van de overige zorg. Bovendien functioneert in de meeste regio's het GHOR-bureau in de praktijk als een afdeling van de GGD waardoor op operationeel niveau een optimale afstemming en samenwerking met de deskundigen op het terrein van de infectieziektebestrijding is gegarandeerd.

De aspecten die in de crisisplannen moeten worden geregeld en waarover in de regio moet worden overlegd met externe partijen, zijn in grote lijnen voor iedere regio dezelfde. Er moet immers worden gezorgd voor een goede algemene voorbereiding. Dit betekent dat in alle regio's vergelijkbare voorzieningen moeten worden getroffen. Te denken valt aan afspraken ten behoeve van een goede afstemming met VWS (RIVM) en de GGD/GHOR en vanuit hen met de overige zorgpartijen, een efficiënte communicatiestructuur naar de bevolking en het bedrijfsleven binnen de regio, het waarborgen van vitale processen in de regio, etcetera. Niettemin zullen specifieke regionale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van een luchthaven met internationaal verkeer, ook nopen tot het maken van specifieke afspraken die in andere regio's niet nodig zijn. Iedere regio zal initiatieven moeten ontplooien om de nodige afspraken te maken, wat niet wegneemt dat een partij zoals het RIVM ook zelf ter zake actie onderneemt/kan ondernemen.

Met het onderhavige voorstel geeft de directeur publieke gezondheid leiding aan de GGD en de GHOR. Dit heeft niet alleen een voordeel voor het eensluidend adviseren van het bevoegd gezag over voorbereiding en bestrijding door de gehele gezondheidszorg, maar zorgt tevens voor meer eenheid in het optreden van beide organisaties in de coördinatie (GHOR) en inhoud (GGD) tijdens die bestrijding, wat overigens nog wordt versterkt indien er sprake is van feitelijke bundeling van beide organisaties. Als er een conflict is tussen de besturen van GGD en GHOR, gaat het in wezen om een conflict tussen de wethouders en de burgemeesters afkomstig uit dezelfde gemeenten gelegen in hetzelfde gebied. Over het

algemeen is dit bestuurlijke niveau uitstekend in staat daarvoor zelf met oplossingen te komen. Voor de Minister van VWS is daarbij formeel geen rol weggelegd. Bemiddeling door bijvoorbeeld de commissaris van de Koningin zou evenwel op zijn plaats kunnen zijn. Het is in ieder geval van belang dat een belangrijk onderdeel van de crisisbestrijding, de opgeschaalde gezondheidszorg, goed blijft functioneren. GGD en GHOR zijn als samenhangende organisaties immers moeilijk los van elkaar te beschouwen. De GGD is de reguliere publieke gezondheidsorganisatie die tevens in tijd van crisis optreedt, terwijl de GHOR een coördinerende instantie is die alleen in tijd van crisis (alsmede bij een ramp, waaronder begrepen een zwaar ongeval) optreedt. Verwacht mag worden dat de directeur publieke gezondheid, die op grond van het voorstel door beide besturen in overeenstemming moet worden benoemd, een belangrijke rol kan spelen in de oplossing van het conflict als deze inhoudelijk van aard is.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de meerwaarde van het overhevelen van de bevoegdheden naar de voorzitter van de veiligheidsregio, de bestrijding van de Nieuwe Influenza A (H1N1) indien deze wetswijziging zou zijn doorgevoerd en de getrokken lessen uit de bestrijding van deze griep.

Met de Aanpassingswet veiligheidsregio's wordt de voorzitter van de veiligheidsregio verantwoordelijk voor de bestrijding van een grootschalige infectieziekte-uitbraak. Deze bevoegdheid sluit aan bij de bevoegdheid die de voorzitter van de veiligheidsregio krijgt voor het uitoefenen van maatregelen om de openbare orde te handhaven. Aspecten van openbare orde zijn onlosmakelijk verbonden met de bestrijdingsmaatregelen die in een dergelijke situatie toegepast moeten worden. Het is daarom van belang dat de bestuurlijke verantwoordelijkheden voor beide domeinen in één hand komen te liggen. Dit wordt gerealiseerd door via bovengenoemde aanpassingswet tevens de bevoegdheden voor de bestrijding van infectieziektecrises over te hevelen naar de voorzitter van de veiligheidsregio. Dit is beperkt tot ziekten behorende tot groep A. Van deze ziekten is immers op voorhand te voorspellen dat zij ernstig zijn en effecten hebben die verder reiken dan het medische domein.

De Minister van VWS zal bij ziekten behorende tot groep A leiding geven aan de voorzitter van de veiligheidsregio. In het verlengde van deze taak voor de voorzitter van de veiligheidsregio krijgt het bestuur van de veiligheidsregio op grond van het onderhavige voorstel de opdracht zich voor te bereiden op een dergelijke crisis en dit in de crisisplannen mee te nemen. Dit geheel zal leiden tot een effectiever systeem van uitvoering en voorbereiding.

De Nieuwe Influenza A (H1N1) is begin mei 2009 via een spoedregeling aangemerkt als behorende tot groep A van de Wet publieke gezondheid. De reden hiervoor was de serieuze mogelijkheid dat het virus een gevaar voor de samenleving zou gaan opleveren. Daarbij was het zaak dat eventueel te treffen maatregelen in ieder geval landelijk zouden gelden. Verder was aanmerking tot groep A nodig om goed zicht te hebben op mogelijke introductie van het virus in Nederland. Een besmettingsgeval behorende tot groep A moet in Nederland immers onverwijld worden gemeld aan de bevoegde autoriteiten.

De Nieuwe Influenza A (H1N1) heeft zich evenwel laten gelden als een relatief mild virus. Er heeft weliswaar een ongekend grootschalige vaccinatiecampagne plaatsgevonden, maar verder zijn de bestrijdingsmaatregelen mild geweest. Niemand is gedwongen in quarantaine of in isolatie geplaatst, scholen zijn niet gesloten, evenementen niet afgelast en er

hebben zich geen grootschalige ongeregelheden voorgedaan inzake het verkrijgen van antivirale middelen of vaccins.

Indien er sprake zou zijn geweest van een zeer ernstig virus, zou er ongetwijfeld een zeer grote vraag zijn geweest naar antivirale middelen en vaccins, terwijl aan die vraag niet direct had kunnen worden voldaan. Ziekenhuizen en zorginstellingen zouden zijn overbelast. Daarnaast zouden processen in de samenleving zijn verstoord door het grote aantal zieken. Het is zeer wel denkbaar dat dan vergaande bestrijdingsmaatregelen vergezeld van maatregelen ter handhaving van de openbare orde hadden moeten worden getroffen.

De bestrijding van de Nieuwe Influenza A (H1N1) zal in opdracht van de Minister van VWS grondig en breed worden geëvalueerd. De uitkomsten worden vanzelfsprekend naar de beide Kamers gezonden. Vooruitlopend hierop wil ik alvast wel enige punten aanstippen in relatie tot het doel van het voorliggend wetsvoorstel. Allereerst kan worden geconstateerd dat het gunstig is geweest dat er de afgelopen jaren schaalvergroting heeft plaatsgevonden op operationeel niveau voor de aanpak van grootschalige infectieziekte-uitbraken. Operationeel werd er bij de bestrijding van de nieuwe griep veelal op regionaal niveau samengewerkt. GGD'en en andere hulpverleningsdiensten zijn immers goeddeels regionaal georganiseerd en hebben een belangrijk aandeel gehad in de voorbereiding en uitvoering van de maatregelen. Denk bijvoorbeeld aan de organisatie van de massavaccinatiecampagne van kinderen. Verder was het, dankzij de in 2008 tot stand gekomen Wet publieke gezondheid, mogelijk om één nationaal geregisseerd beleid te voeren voor de bestrijding van de griep. Verschillen in aanpak tussen gemeenten/regio's zouden zeker geleid hebben tot onduidelijkheid en onrust onder de bevolking. Denk bijvoorbeeld aan besluiten die genomen zijn over de verstrekking van tamiflu, het al dan niet sluiten van scholen en de (massa)vaccinatie. Indien de Nieuwe Influenza A (H1N1) wel een ernstiger ziektebeeld en/of verspreidingsgevaar zou hebben opgeleverd, zouden verschillen in aanpak tussen gemeenten/regio's zeker geleid hebben tot onduidelijkheid en onrust onder de bevolking. Denk bijvoorbeeld aan besluiten die een regio anders neemt over de verstrekking van tamiflu, het al dan niet sluiten van scholen en over (massa)vaccinatie.

Onder de huidige wetgeving moet de Minister van VWS evenwel nog leiding geven aan meer dan 400 gemeenten. Dit is niet efficiënt en kan snel tot verwarring leiden. Na het van kracht worden van de Wet veiligheidsregio's en het onderhavige voorstel wordt dit veel eenvoudiger. De Minister van VWS kan zich dan immers rechtstreeks richten op de bestuurders van de veiligheidsregio's, zowel voor de voorbereiding als de bestrijding van een grootschalige infectieziekte-uitbraak. Ook op gemeentelijk en regionaal niveau wordt de situatie bestuurlijk efficiënter geregeld. Het treffen van maatregelen op een schaalgrootte van deze veiligheidsregio's is bestuurlijk een stuk eenvoudiger dan op het niveau van meer dan 400 gemeenten. Bestuurlijk wordt daarmee ook aangesloten op het niveau waarop de uitvoering van de bestrijding al plaatsvindt.

Verder kan worden geconstateerd dat de zorgsector was voorbereid op de effecten van een griep-pandemie. In 2008/09 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een aantal aanbevelingen gegeven voor verdere verbetering van de aansluiting van de GHOR op de reguliere tweedelijnszorg tijdens een influenzapandemie. De inspectie zal in 2010 gaan toetsen of de draaiboeken adequaat zijn geweest en in welke mate de rol die de GHOR heeft gespeeld als ketenpartner in de witte kolom (huisartsen(posten), ziekenhuizen, GGD'en, zorgcentra, thuiszorg) bijgedragen heeft aan een verantwoorde regionale aanpak van de influenzapandemie. Tegelijkertijd

werd eens te meer duidelijk dat de voorbereiding en bestrijding van een uitbraak zoals een griep-pandemie, naast de zorgsector, ook direct partijen raakt binnen het domein van de openbare orde en veiligheid. Omdat het virus relatief mild bleek, was het in de praktijk niet nodig om vergaande maatregelen te treffen, maar dit was bij een ernstiger verloopende pandemie zeker wel aan de orde geweest. Omgekeerd is het ook alleen mogelijk om bepaalde bestrijdingsmaatregelen uit te voeren als er een brede acceptatie onder de bevolking bestaat voor de aanpak en men vertrouwen heeft in de overheid. Infectieziektebestrijding en openbare orde en veiligheid zijn dus nauw met elkaar verbonden en dienen ook in samenhang aangepakt te worden. In veel regio's is er in de afgelopen maanden ook intensief samengewerkt tussen beide domeinen, bijvoorbeeld in de regionale crisisstaven. Onderhavig wetsvoorstel beoogt deze samenhang te waarborgen door (de voorbereiding van een goede) samenwerking tussen organisaties/besturen in zowel gezondheidszorg- als het openbare orde en veiligheidsdomein expliciet voor te schrijven. Zo zal de uitoefening van de bevoegdheden op beide domeinen – en de voorbereiding daarop – op één (regionaal) niveau plaatsvinden, dient er in het crisisplan op grond van de Wet veiligheidsregio's aandacht te worden besteed aan een grootschalige infectieziekte-uitbraak, dient dit plan op het aspect van grootschalige infectieziektebestrijding door de besturen uit beide domeinen gezamenlijk te worden vastgesteld en is er per regio één directeur publieke gezondheid die leiding geeft aan GGD/GHOR.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de crisisplannen en de verplichte fusie van GGD'en onder meer in relatie tot de mogelijkheid om de problemen in de regio voldoende aan te pakken.

In het voorliggende voorstel krijgt het bestuur van de veiligheidsregio expliciet de taak om in het crisisplan, bedoeld in artikel 16 van de Wet veiligheidsregio's, het aspect van de grootschalige infectieziektebestrijding op te nemen. Voor de uitvoering hiervan kan het bestuur van de veiligheidsregio opdracht geven aan de directeur publieke gezondheid. Deze geeft, op grond van het voorliggende wetsvoorstel, leiding aan GGD/GHOR. De aspecten van grootschalige infectieziektebestrijding dienen met aandacht voor de aspecten van openbare orde en veiligheid afdoende in het plan te worden uitgewerkt. Het bestuur van de veiligheidsregio stelt in overeenstemming met het algemene bestuur van de GGD het deel van het crisisplan vast dat betrekking heeft op grootschalige infectieziektebestrijding. Het is dan ook aan deze besturen om erop toe te zien dat de directeur publieke gezondheid – indien deze bovengenoemde opdracht heeft verkregen – bij de totstandkoming van dat deel van het crisisplan alle relevante partijen voldoende heeft betrokken. De besturen van de veiligheidsregio's zullen deze crisisplannen moeten opstellen binnen twaalf maanden nadat de Wet veiligheidsregio's van kracht is.

De Inspectie Openbare Orde en Veiligheid ziet, op grond van de Wet veiligheidsregio's, toe op de organisatorische kwaliteit van de crisisplannen in algemene zin en op de kwaliteit van de organisatie van de GHOR. De Inspectie voor de Gezondheidszorg is, op grond van de Wet publieke gezondheid, verantwoordelijk voor het toezicht op de inhoudelijke en procedurele voorbereiding op en de bestrijding van infectieziekte-uitbraken door de gemeenten en de GGD en straks ook op bovengenoemde taak voor het bestuur van de veiligheidsregio. Omdat bestrijdingsmaatregelen bij infectieziekten (potentiële) consequenties voor de openbare orde en veiligheid kunnen hebben, werken beide inspecties vanaf 2012 in het kader van het toezicht op de voorbereiding op de grootschalige infectieziektebestrijding dan ook samen en maken goede werkafspraken over de concrete invulling van het toezicht.

De verplichte congruentie van de werkgebieden van de GGD met die van de veiligheidsregio leidt niet tot beperkingen in de mogelijkheden die de Wet publieke gezondheid biedt voor gemeenten om bijvoorbeeld de uitvoering van de gezondheidsbevordering of jeugdgezondheidszorg te organiseren.

De meeste GGD'en zijn inmiddels territoriaal congruent aan de veiligheidsregio's. Deze regio's zijn in de afgelopen jaren autonoom congruent geworden, onder andere door fusies. Bij de meest recente congruentiebesluiten ging het om de GGD'en van Amsterdam, Amstelland de Meerlanden en Kennemerland, alsook om de GGD'en Zuid-Hollandse Eilanden/Zuid-Holland Zuid/Rotterdam Rijnmond. Van de huidige 28 GGD'en zijn er 23 congruent aan de veiligheidsregio's.

Waar momenteel nog geen sprake is van territoriale congruentie van de GGD met de betreffende veiligheidsregio, is die incongruentie te duiden in een drietal hoofdgroepen:

- A. gemeenten die in een veiligheidsregio liggen die niet overeenkomt met de GGD-regio waarvan zij gebruik maken:
 - gemeenten Hattem en Heerde en Deventer: deze gemeenten vallen binnen de twee veiligheidsregio's IJsselland en Noord- en Oost-Gelderland. Hattem en Heerde moeten deel uit gaan maken van de GGD Noord- en Oost-Gelderland en Deventer omgekeerd van de GGD IJsselland;
 - gemeente Mook en Middelaar; deze maakt nu nog deel uit van de GGD regio Nijmegen maar ligt in de veiligheidsregio Limburg-Noord. Op dit moment vindt er een gemeentelijke herindeling plaats, waardoor Mook en Middelaar ingedeeld wordt bij Bergen. Bergen heeft reeds een gemeenschappelijke regeling voor het gebruik van de GGD in veiligheidsregio Limburg-Noord. Bij de vorming van de nieuwe gemeente komt één gemeenschappelijke regeling met de GGD van veiligheidsregio Limburg-Noord. Hiermee wordt de incongruentie opgelost.
- B. gemeenten die 2 GGD'en in stand houden binnen de buitengrenzen van één veiligheidsregio:
 - GGD'en Rivierenland en Nijmegen e.o.: deze GGD'en vallen binnen de veiligheidsregio Gelderland Zuid en zouden moeten samengaan in een dienst op de schaal van de veiligheidsregio Gelderland-Zuid
 - GGD'en van de steden Utrecht en Den Haag met respectievelijk de omgevings-GGD'en Midden-Nederland en Zuid-Holland West: deze vallen binnen de veiligheidsregio Utrecht respectievelijk Haaglanden en zouden moeten samengaan in een dienst op de schaal van de betreffende veiligheidsregio's.
- C. GGD'en die al een verdere vorm van samenwerking hebben gerealiseerd en die aan de buitengrenzen van twee veiligheidsregio's territoriaal congruent zijn:
 - GGD Hart voor Brabant omvat de veiligheidsregio Brabant Noord en circa 40% van de inwoners (Midden Brabant) van de veiligheidsregio Midden en West Brabant; GGD West Brabant omvat circa 60% van het aantal inwoners van de veiligheidsregio Midden en West Brabant.

Een fusie van GGD'en is in ieder geval nodig in de regio's waar nu nog twee GGD'en binnen één veiligheidsregio functioneren (groep B). Om de territoriale incongruentie in de overige situaties op te heffen is het nodig dat één of meer gemeenten uit een bestaande gemeenschappelijke rege-

ling treden en toetreden tot een andere gemeenschappelijke regeling (groep A, C).

Om gemeenten in het licht van mogelijk toekomstige ontwikkelingen inzake de veiligheidsregio's voldoende beleidsruimte te bieden, is tegelijk met onderhavige nota, een nota van wijziging ingediend ter wijziging van het wetsvoorstel. Met deze nota van wijziging wordt voorgesteld om aan artikel 14 van de Wet publieke gezondheid een nieuw lid toe te voegen om gemeenten de mogelijkheid te bieden te besluiten om een GGD te vormen die meer dan één veiligheidsregio omvat. De GGD-regio moet dan wel gehele veiligheidsregio's omvatten. De voorkeur van het kabinet gaat uit naar territoriale congruentie, maar om toekomstige ontwikkelingen rond schaalvergroting niet in de weg te staan, wordt deze mogelijkheid geboden. Voor een verdere uitleg wordt verwezen naar de toelichting bij de nota van wijziging.

De leden van de PvdA-fractie vragen of met het voorstel de uitvoering van de Wet op de jeugdzorg en het daarin genoemde uitgangspunt «één gezin, één plan» onder druk komt te staan.

Iedere regio-indeling brengt grensproblemen met zich mee. De regio-indeling van de GGD'en heeft altijd een dynamisch karakter gehad. GGD'en fuseerden of gemeenten namen deel in de GGD van een andere regio. Deze bewegingen kenden diverse uitgangspunten en werkten op verschillende manieren door op de basistaken van de GGD. In die zin brengt de herindeling om congruentie met de veiligheidsregio's te bereiken niets nieuws met zich mee. Ook met de huidige regio-indeling doen zich immers grensproblemen voor. Deze worden in de praktijk opgelost door samenwerkingsafspraken te maken.

Het in het voorstel tot wijziging van de Wet op de Jeugdzorg (Kamerstukken II, 2008–2009, 31 977) opgenomen uitgangspunt één gezin, één plan laat gemeenten veel ruimte voor de invulling, zolang er maar sluitende afspraken komen met alle partijen die te maken hebben met kinderen, jongeren en gezinnen over het leveren van snelle en passende ondersteuning. De Memorie van Toelichting op de Wijziging van de Wet op de Jeugdzorg in verband met het opnemen van een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugdketen noemt de regionale functie van MBO-instellingen en geeft aan dat in dat geval, naast werkafspraken tussen de uitvoerende instanties, afspraken tussen gemeenten gemaakt kunnen worden om tot een sluitende aanpak te komen. In bepaalde regio's zal ook het middelbaar onderwijs een regionale functie hebben en is een vergelijkbare aanpak aangewezen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de directeur publieke gezondheid wordt benoemd en welke gevolgen dit heeft voor de huidige leidinggevenden van GGD en GHOR.

De directeur publieke gezondheid dient op grond van het voorstel te worden benoemd door het algemeen bestuur van de GGD in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio. Dit betekent dat beide besturen met elkaar in overleg moeten treden over een geschikte kandidaat. Deze dient zowel voeling te hebben met de publieke gezondheidszorg en andere vormen van zorg als met de opgeschaalde zorg. Ook dient hij in staat te zijn de belangen van beide terreinen te behartigen en in voorkomende gevallen knopen door te hakken. Het voorstel sluit hiermee overigens aan bij een ontwikkeling die in de praktijk al heeft plaatsgevonden. In 18 van de 25 veiligheidsregio's is de functie van directeur GGD al gecombineerd met die van directeur GHOR. Dat betekent dat in 7 GHOR-regio's een samenvoeging van functies dient plaats te vinden. Het feit dat er één eindverantwoordelijke dient te komen voor GGD/GHOR

betekent overigens niet dat er geen meerhoofdige directie van de GGD/GHOR mag zijn. Indien een GGD twee of meer veiligheidsregio's omvat dienen die respectievelijke veiligheidsregio's door functionarissen van de GGD met voldoende mandaat van de eindverantwoordelijke directeur publieke gezondheid op volwaardige wijze te worden bediend. In het geval van een (dreigende) crisis dient de directeur publieke gezondheid immers als leidinggevende van de GHOR in het proces van opschaling te participeren zoals dat voor de veiligheidsregio's is voorgeschreven.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke bezwaren van de zijde van de gemeenten zijn aangevoerd, in hoeverre er tevoren overleg is gevoerd met gemeenten en in welke mate de bezwaren zijn verwerkt.

Het beleidsvoornemen om tot territoriale congruentie te komen, is meermaals en al gedurende enkele jaren breed kenbaar gemaakt. Al in de periode 2004–2007 zijn GGD'en gestimuleerd om «best-practices» over mogelijke bestuursmodellen en schaalvergroting uit te wisselen in het project «OGZ en Veiligheid». Het proces van congruentie en schaalvergroting heeft nadien op de meeste plaatsen invulling gekregen. Op 13 oktober 2008 is over de voortgang van de territoriale congruentie gerapporteerd aan de Kamer (Kamerstukken II, 2008–2009, 29 517). In alle gebieden die toen nog niet congruent waren, zijn de afgelopen jaren één of meerdere gesprekken geweest tussen het ministerie van VWS en de directies en/of bestuurders van GGD'en en/of betreffende gemeenten. In die gesprekken zijn de voornemens van het Kabinet om te komen tot territoriale congruentie aangegeven en zijn de bezwaren van de zijde van gemeenten besproken.

De bezwaren richten zich in de niet-congruente gebieden op (één of beide) onderstaande argumenten:

1. Verlies van slagkracht en mogelijkheid om maatwerk te leveren:

Met name de twee incongruente grootstedelijke GGD'en (Utrecht en Den Haag) vrezen dat schaalvergroting leidt tot vertragende effecten van benodigde extra afstemming en inperking van de huidige beleidsvrijheid om de eigen grootstedelijke problematiek aan te pakken. Zij vinden dat de huidige samenwerkingsafspraken in de regio op het gebied van crisis- en rampenbestrijding voldoende garanties bieden. De noodzaak om dit via een fusie te regelen wordt niet beleefd. Door de territoriale indeling kan de fysieke afstand tot de GGD in de nieuwe regio groter zijn dan de tot de oude GGD (geldend voor Hattem en Heerde) en daarmee invloed hebben op de maatwerk afspraken.

2. Extra kosten:

De kosten van uittreden en intreden in gemeenschappelijke regelingen kunnen niet direct inverdiend worden. De discussie over de verdeelsleutel over de gemeenten ten gevolge van grotere en kleinere overhead speelt hierbij een grote rol. Voor fusietrajecten gaat het met name om de incidentele directe kosten, terwijl de terugverdieneffecten door schaalgrootte voordelen pas op langere termijn gehaald worden.

De bezwaren van deze gemeenten wegen evenwel niet op tegen de voordelen van de onderhavige wetswijziging. Het wetsvoorstel biedt, naast efficiëntievoordelen, betere waarborgen voor gecoördineerd optreden van GGD/GHOR en overige hulpverleningsdiensten (politie en brandweer). Dit geldt zowel voor de voorbereiding als voor de bestrijding van een publieke gezondheids crisis. Territoriale congruentie is hiervoor een noodzakelijke voorwaarde. Met het wetsvoorstel wordt beoogd om een robuuste structuur neer te zetten waarmee een betere voorbereiding op gezondheidsdreigingen in Nederland kan worden bereikt. Dit hoeft niet

ten koste te gaan van de kwaliteit van de overige taken ter zake van de publieke gezondheid of het gemeentelijk maatwerk op dat punt in de weg te staan. Andere grote steden dan Den Haag en Utrecht blijken in de praktijk ook een modus vivandi te hebben gevonden om binnen een dienst op regionaal niveau aparte afspraken te maken voor beleidsadvisering en uitvoeringstaken voor grootstedelijke en niet grootstedelijke gebieden.

Ten aanzien van de kosten kunnen de gemeenten door tijdig afspraken te maken de kosten van inen uittreden in een regio onderling regelen. Dit kan bijvoorbeeld door overname of detachering van een deel van elkaars personeel en (gedeeltelijke) overname van huisvesting en facilitaire voorzieningen. Daarnaast bestaat ook nog de mogelijkheid voor samenwerkende GGD'en om de backoffice taken samen te laten uitvoeren waardoor schaalvoordelen gerealiseerd kunnen worden. De regio's waar de afgelopen jaren territoriale congruentie is gerealiseerd, hebben dit binnen de kringen van betrokken gemeenten opgelost en daar zijn geen Rijksbijdragen aan geleverd. Ook kunnen de GGD-en onderlinge samenwerkingsafspraken maken voor de uitvoering van bepaalde taken om bijvoorbeeld de nadelige gevolgen van fysieke afstandvergroting in te perken. Ook hiervan zijn voorbeelden tussen GGD-en bekend. Dit kan ook leiden tot afspraken die leiden tot bovengenoemde schaalvoordelen.

In Brabant is sprake van een bijzondere situatie. GGD Hart voor Brabant werkt nauw samen met GGD West Brabant. Zo participeren de betrokken directeurs in elkaars directie. De GGD-en opteren voor een doorontwikkeling van deze samenwerking. Aan de buitengrenzen omvatten zij dan twee gehele veiligheidsregio's. Een fusie wordt op de langere termijn niet uitgesloten door beide GGD besturen en is, in tegenstelling tot ontvlechting, voor alle partijen een beter perspectief.

Met de in tevens ingediende nota van wijziging tot aanpassing van het voorgestelde artikel 14 van de Wet publieke gezondheid, wordt bovenbedoelde fusie ook mogelijk gemaakt. Hoewel deze oplossing niet leidt tot één op één niveau van de operationele uitvoering tussen de diensten politie, brandweer, GHOR/GGD, wordt aldus doorontwikkeling tot «bovencongruentie» niet tegengaan. De bestuurlijke congruentie blijft daarmee in die situaties overeind evenals de versterking van de witte kolom onder leiderschap van één directeur. Voor een verdere uitleg wordt verwezen naar de toelichting bij de nota van wijziging.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de uitvoering van de verplichte gebiedscongruentie van de GGD'en, de afbakening van verantwoordelijkheden tussen de Minister van VWS en de besturen van de veiligheidsregio's, de crisisplannen en de functie van de directeur publieke gezondheid.

De verplichte congruentie van de werkgebieden van de GGD met die van de veiligheidsregio brengt geen beperking aan in de mogelijkheden die de Wet publieke gezondheid biedt voor gemeenten om bijvoorbeeld de uitvoering van gezondheidsbevordering of jeugdgezondheidszorg te organiseren. Over hoe het fusietraject in de praktijk uitwerkt, wordt naar het bovenstaande verwezen bij de vragen van de leden van de PvdA-fractie.

Met het onderhavige voorstel in combinatie met de Aanpassingwet veiligheidsregio's verschuift de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van een infectieziektecrisis (uit groep A) en de voorbereiding daarop respectievelijk van de burgemeester naar de voorzitter van de veiligheidsregio en van het college van burgemeester en wethouders naar het bestuur van de veiligheidsregio. De met de totstandbrenging van de Wet publieke gezondheid geïntroduceerde verantwoordelijkheid voor de Minister van VWS om leiding te geven aan de bestrijding van een infectieziektecrisis en

om ter zake van de voorbereiding daarop aanwijzingen te geven verschuift mee. Dat wil zeggen dat de Minister van VWS deze verantwoordelijkheid niet meer uitoefent richting burgemeesters en colleges van burgemeester en wethouders, maar richting voorzitters van de veiligheidsregio's en besturen van de veiligheidsregio's.

Dit maakt de uitoefening van de verantwoordelijkheid voor de Minister van VWS voor een goede centrale aansturing eenvoudiger. Het biedt juist minder gelegenheid voor het ontstaan van onduidelijkheden en verwarring.

Hetgeen in de crisisplannen ter zake van de bestrijding van een infectieziektecrisis moet worden geregeld zal per regio overwegend hetzelfde zijn. Het gaat immers om te zorgen voor een goede algemene voorbereiding en daarbij moeten in alle regio's vergelijkbare voorzieningen worden getroffen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het zorgen voor een goede afstemming met VWS (RIVM) en de GGD/GHOR en met de overige zorgpartijen, het realiseren van een efficiënte communicatiestructuur naar de bevolking en het bedrijfsleven binnen de regio, het waarborgen van vitale processen in de regio, etc. Dat neemt niet weg dat specifieke regionale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van een luchthaven met internationaal verkeer, juist ook kunnen noodzaken tot het maken van specifieke regionaal gebonden afspraken. Wanneer er verschillen zijn tussen de crisisplannen die niet te rechtvaardigen zijn, kan de Minister van VWS op grond van artikel 8, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid aanwijzingen geven aan het bestuur van de veiligheidsregio opdat dit wordt hersteld. Daarnaast is het ook mogelijk om op grond van artikel 6, vijfde lid, bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over hoe het bestuur van de veiligheidsregio de voorbereidingstaak ter hand moet nemen.

De verantwoordelijkheid van de directeur publieke gezondheid is niet anders dan de verantwoordelijkheid die de directeur GGD nu heeft en de verantwoordelijkheid die de directeur GHOR verkrijgt op grond van de Wet veiligheidsregio's. Het enige verschil is dat deze verantwoordelijkheid met het onderhavige voorstel wordt gebundeld in één functie. De directeur publieke gezondheid geeft operationeel leiding aan beide uitvoeringsorganisaties GGD en GHOR (die in de meeste regio's in praktische zin nu al een organisatorische samenhang kennen) en heeft een adviserende taak richting het bevoegd gezag. De bundeling van de functie (nog versterkt indien er een feitelijke bundeling van beide organisaties is) biedt waarborgen voor een eenduidige advisering aan het bevoegd gezag, zoals ook bij de overige hulpdiensten (brandweer en politie) regulier en opgeschaald ongedeeld in één hand liggen. Dit zal direct ook leiden tot een nog betere afstemming tussen de GGD en GHOR in hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hele publieke gezondheidszorg. Het voorstel voor deze functie sluit aan bij een ontwikkeling die in de praktijk al heeft plaatsgevonden omdat in 18 van de 25 veiligheidsregio's de functie van directeur GGD al is gecombineerd met die van directeur GHOR. Over het voorstellen is uitgebreid overlegd met de veldpartijen.

Versterking preventiecyclus en bevordering implementatie nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De leden van de CDA-fractie vragen wie er op toeziet dat de doelstellingen, acties en resultaten van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid worden gehaald.

Als onderdeel van de preventiecyclus houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op de wijze waarop gemeenten het lokaal gezondheids-

beleid vormgeven. De Inspectie zal hierin meenemen hoe de gemeenten omgaan met de voorgestelde procesmatige structurering van de gemeentelijke nota's. Daarnaast biedt de procesmatige structurering handvatten voor het evalueren van het gevoerde gezondheidsbeleid op lokaal niveau. Dit sluit aan bij het versterken van de controlerende rol van de gemeenteraad in het duale lokale bestuur.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de verbanden binnen de publieke gezondheidszorg en tussen deze zorg en andere relevante terreinen en hoe gemeenten daarop inspelen.

Op landelijk niveau is geen systematisch overzicht beschikbaar van de samenwerkingsverbanden die gemeenten zijn aangegaan met externe partijen. Deze afspraken zijn immers sterk afhankelijk van de specifieke lokale context. Wel is op basis van contacten met gemeenten – bijvoorbeeld vanuit het traject Gezond Lokaal-Centraal (VWS, GGD Nederland en VNG) – het beeld ontstaan dat gemeenten vanuit hun regierol steeds vaker de samenwerking zoeken met relevante actoren zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties.

Ook uit recent onderzoek van het RIVM onder 16 gemeenten blijkt dat steeds meer samenwerkingsafspraken met verschillende partijen ontstaan om gezondheid van burgers te verbeteren. Afspraken en structuren wisselen sterk binnen gemeenten en ontstaan vooral rond lokale problematiek. Zo komt samenwerking tot stand via projecten op het gebied van leefstijl, zoals overgewicht en alcohol. In de grotere gemeenten komt samenwerking tot stand via programma's, zoals gezonde wijk, gezonde school en gezond aan het werk (bv. Amsterdam, Rotterdam). Die samenwerking richt zich in het bijzonder op het bereiken van specifieke doelgroepen waar de meeste gezondheidswinst te behalen is, zoals mensen in een achterstandssituatie. Enkele voorbeelden zijn: samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars over collectieve ziektekostenverzekering voor burgers met een inkomen tot 120% van het minimumloon, met sportorganisaties over de aanpak van overgewicht en met welzijnsorganisaties over het tegengaan van sociaal isolement. De structuur kan wisselen van een ad hoc samenwerking tot samenwerken via werkgroepen rond thema's of integrale teams. In sommige gemeenten is sprake van een verdergaande samenwerkingsstructuur, zoals een intentieverklaring met diverse partijen in het kader van een gezonde wijk aanpak (bv. Den Haag). Uit het onderzoek van het RIVM blijkt voorts dat samenwerking soms nog onvoldoende tot stand komt als gevolg van het ontbreken van de benodigde tijd om af te stemmen en te weinig inzicht in de grote diversiteit aan samenwerkingspartners (verschillende doelen, belangen en cultuur). De ontwikkeling is echter dat veel gemeenten op zoek zijn naar mogelijkheden om samen te werken met relevante partijen en het leggen van verbindingen tussen de aanpak van problemen en beleidsinstrumenten (zoals het verbinden van de nota lokaal gezondheidsbeleid met het sportbeleid en/of het koppelen met de nota in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning).

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze gegarandeerd kan worden dat gemeenten voldoende investeren in de algemene bevorderingstaken en welke verantwoording achteraf mogelijk is.

Gemeenten zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun eigen investeringen ten aanzien van de algemene bevorderingstaken. Bij de algemene bevorderingstaken is sprake van maximale beleidsvrijheid voor gemeenten. Gemeenten moeten de ruimte hebben om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie. Zo kan een gemeente instrumenten en maatregelen – en de daarvoor benodigde

middelen – inzetten die passen bij de lokale context. De gemeenteraad voert op lokaal niveau de verantwoording en controle uit op de gemeentelijke inzet.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie op welke wijze best practices worden uitgewisseld.

Vanuit het Rijk wordt actief ingezet op het uitwisselen van best practices en ervaringen.

Zo zijn vanuit het traject Gezond Lokaal-Centraal activiteiten in gang gezet om het uitwisselen van best practices tussen gemeenten te bevorderen. In dat kader zal bijvoorbeeld GGD Nederland een door hen gemaakte inventarisatie van de inhoud van gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid landelijk beschikbaar stellen voor gemeenten en GGD'en. Ook wordt vanuit de decentralisatie-uitkering «Gezond in de Stad» als onderdeel van het stedenbeleid (G31) ingezet op het door de steden onderling uitwisselen van best practices.

Daarnaast wordt door het Centrum Gezond Leven bij het RIVM gewerkt aan het toetsen (certificeren van interventies) van de landelijk beschikbare kennis en goede voorbeelden en het beschikbaar maken voor lokale professionals bij gemeenten, GGD'en en andere instellingen. Dit gebeurt onder andere door middel van een landelijk beschikbare database met ca. 3 000 – door lokale partijen aangedragen – interventies en «handleidingen» gezondheidsbeleid die best practices bevatten op onder andere de onderwerpen overgewicht, alcohol en roken. Het ZonMw-programma «Gezonde Slagkracht» bouwt hierop voort en wil goed toepasbare «evidence projecten» in gemeenten (verder) verspreiden en zo werken aan het opschalen ervan. Daarnaast wil het programma veelbelovende lokale interventies die op gemeentelijk niveau vanuit een integrale aanpak bijdragen aan het voorkomen van overgewicht, alcohol, roken en drugsgebruik laten doorontwikkelen en voordragen voor certificering bij het CGL. Binnen het programma wordt de ontwikkeling van een integrale aanpak van gezondheidsbeleid onder andere gefaciliteerd door het opzetten van een «community of practice» waarbinnen experts en voorlopers van gemeenten hun kennis delen met gemeenten en gemeenten onderling expertise uitwisselen.

Naast het Rijk wordt ook op regionaal niveau (GGD-regio's) steeds vaker de intergemeentelijke samenwerking gezocht. De uitwisseling van best practices staat hierbij centraal (o.a. in Twente en Limburg).

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze in een vroeg stadium preventie kan plaatsvinden bij groepen die een hoog risico hebben op het ontwikkelen van gezondheidsschade en of het mogelijk is deze groepen als aparte aandachtsgroep in de Wet publieke gezondheid op te nemen.

Niet elke doelgroep die zich aftekent in het gezondheidsbeleid dient te worden opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Immers, ingevolge artikel 22, eerste lid, van de Grondwet is de overheid verplicht maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Deze maatregelen hebben betrekking op alle burgers in Nederland, waaronder ook hoogrisicogroepen.

De gemeente heeft op het terrein van gezondheidsbevordering en lokaal gezondheidsbeleid beleidsvrijheid om maatregelen te kunnen inzetten die passen bij de lokale context (wijk- en buurtgericht werken). Gemeenten dienen ingevolge de Wet publieke gezondheid zorg te dragen voor het elke vier jaar – voorafgaand aan het opstellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid – inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van

de bevolking. De lokale epidemiologische gegevens van de GGD bieden de gemeente inzicht om de wijken en buurten met risicogroepen te selecteren, zodat de gemeente in samenspraak met de uitvoerende organisaties en professionals gericht interventies kan inzetten. Hiermee kan de gemeente op wijk- en buurniveau specifieke maatregelen treffen ten aanzien van doelgroepen waar zich de meeste gezondheidsproblemen voordoen en waar, met andere woorden, de meeste gezondheidswinst is te behalen (hoogrisicogroepen). Dit sluit aan bij de algemene uitgangspunten van het volksgezondheidsbeleid van zowel Rijk als gemeenten.

De leden van de PvdA-fractie vragen waartoe de aansporing in het CVZ-rapport «Van preventie verzekerd» (2007) om «het opsporen en toe leiden naar de individuele zorg goed te regelen» heeft geleid.

Het «grijze gebied» tussen selectieve preventie en geïndiceerde preventie is voor VWS een belangrijk punt van aandacht. Met name concentreert zich dit op het in elkaar vlechten van publieke gezondheidszorg in het kader van de Wet publieke gezondheid en individuele preventie binnen de Zorgverzekeringswet. Eén van de sleutelonderwerpen in het lopende actieprogramma van de kabinetsvisie op gezondheid en preventie «Gezond zijn, gezond blijven» is dan ook een brug te slaan tussen de activiteiten van de eerstelijns-gezondheidscentra, de GGD'en en het gemeentelijk beleid. Daarnaast richten ook gemeenten en GGD'en zich op het bevorderen van de samenhang en samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg. Het betreft hier bijvoorbeeld het initiatief «Preventie Toets Overleg» (PTO) van de KNMG, LVG en GGD Nederland om preventie in de eerste lijn en de verbinding met het lokaal gezondheidsbeleid gestalte te geven. Het PTO dient als brug tussen de publieke en curatieve gezondheidszorg zodat gezamenlijke preventiedoelen kunnen worden nagestreefd en interventies kunnen worden uitgevoerd. Ook wordt in het kader van het bestuurlijk akkoord «De Verbinding» tussen de G4 en het Rijk, ingezet op het financieren van activiteiten en zorg die plaatsvinden op het snijvlak van sectoren zoals ziekenhuizen, eerstelijnszorg, verzekeraars, GGD en gemeenten. Het gaat hierbij om projecten/functionies die inmiddels hun waarde hebben bewezen maar nog niet structureel gefinancierd worden. Bijvoorbeeld de zorgconsulent voor mensen met een lage sociaal economische status (SES) en allochtone doelgroepen, het ontwikkelen en financieren van methoden voor toeleiding en terugvalpreventie van mensen met lage inkomens naar het eerstelijns zorgaanbod en regulier (beweeg-)aanbod in de wijk (ondersteuning geïndiceerde preventie). Bovenstaande sluit ook aan bij de wettelijke taak voor gemeenten om ingevolge artikel 2 Wet publieke gezondheid de afstemming tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg te bevorderen.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een reactie op de suggestie dat de grootste gezondheidswinst valt te halen door via uitvoering op lokaal niveau te voorkómen dat mensen met een hoog risico daadwerkelijk (chronische) ziekten gaan ontwikkelen.

De suggestie van de PvdA-fractie sluit aan bij het antwoord op de eerder gestelde vraag van de PvdA-fractie ten aanzien van het wettelijk verankeren van hoogrisicogroepen.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze gemeenten kunnen afwijken van de landelijke prioriteiten en in hoeverre de implementatie van de gemeentelijke nota's nu voldoende is.

De prioriteiten worden op lokaal niveau vastgesteld door de gemeenteraad, met inachtneming van de landelijke prioriteiten. Dit impliceert

(beleids)vrijheid voor gemeenten om gemotiveerd af te wijken van de landelijke prioriteiten. Gemeenten kunnen immers op basis van lokale epidemiologische gegevens of ander inzicht – zoals een inventarisatie van reeds bestaande lokale of regionale beleidsinitiatieven – besluiten om van de landelijke prioriteiten af te wijken omdat binnen een gemeente bepaalde landelijke gezondheidsproblemen minder relevant zijn of al in voldoende mate worden aangepakt. Deze motivatie is terug te vinden in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Naast de lokale verantwoording en controle over de keuzes en motivatie van gemeenten (door de gemeenteraad), maakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg op landelijk niveau door middel van haar reguliere en thematische toezicht inzichtelijk in hoeverre gemeenten afwijken van de landelijke prioriteiten en welke lokale overwegingen (inhoudelijk en politiek) hierbij een rol hebben gespeeld.

Als onderdeel van de vierjaarlijkse preventiecyclus zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het voorjaar van 2010 haar bevindingen over het lokaal gezondheidsbeleid publiceren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde in 2005 dat de implementatie van de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid tekort schiet. Juist deze constatering vormt de aanleiding om in het onderhavige wetsvoorstel de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid nader procesmatig te structureren door – analoog aan de Wet maatschappelijke ondersteuning – op te nemen dat gemeenten in hun nota's gezondheidsbeleid, doelstellingen, acties en resultaten dienen te formuleren. De verwachting is dat gemeenten in hun eerstvolgende nota (vóór 1 juli 2011) hierdoor meer aandacht zullen besteden aan de concrete mogelijkheden voor implementatie van de beleidsvoornemens uit de nota. In hoeverre gemeenten thans concrete maatregelen benoemen in hun nota gemeentelijk gezondheidsbeleid zal naar verwachting in de nieuwe rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het voorjaar van 2010 duidelijk worden.

Prenatale voorlichting gemeenten

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de garantie van een afdoende uitvoering van deze verplichting, de afstemming op de behoefte van aanstaande ouders, de financiering en de verhouding tot preconceptiezorg.

De taak om prenatale voorlichting te bieden is in het onderhavige wetsvoorstel (artikel 2) belegd bij de gemeente, omdat de gemeente bij uitstek in staat is om als opdrachtgever ervoor te zorgen dat prenatale voorlichting wordt afgestemd op de informatiebehoefte van de aanstaande ouders in haar gemeente. Gemeenten kunnen hierbij rekening houden met de bevolkingsopbouw en de specifieke problemen die spelen, in lijn met het lokale gezondheidsbeleid. Epidemiologische informatie die de GGD kan verstrekken of informatie van de professionals op het terrein van de verloskundige zorg kan de gemeente hierbij ondersteunen. Gemeenten dienen hun verantwoordelijkheid in deze te nemen, en hierbij ook te zorgen voor afstemming tussen de betrokken uitvoerende partijen.

De bepaling over prenatale voorlichting in het onderhavige wetsvoorstel is er op gericht dat gemeenten prenatale voorlichting aanbieden aan aanstaande ouders. Het is aan de gemeente te bepalen welke aanstaande ouders de grootste behoefte aan informatie hebben en daarmee aan welke doelgroep binnen de gemeente en in welke vorm prenatale voorlichting het beste kan worden aangeboden via de Centra voor Jeugd en Gezin. Dit kan niet landelijk worden ingevuld. Dit geldt ook voor de omvang van prenatale voorlichting die wordt aangeboden. Deze hangt

namelijk samen met de doelgroep en de vorm van prenatale voorlichting waarvoor de gemeente kiest. De gemeente hoeft niet iedereen prenatale voorlichting aan te bieden, maar kan ervoor kiezen om de prenatale voorlichting te richten op specifieke groepen, zoals allochtonen, of mensen met een lage sociaal economische status.

Prenatale voorlichting kan diverse vormen hebben, zoals themabijeenkomsten, huisbezoeken, of een intensief programma zoals Voorzorg voor jonge tienermoeders. Prenatale voorlichting kan worden aangeboden door diverse aanbieders, zoals thuiszorginstellingen, verloskundigen, kraamzorginstellingen, JGZ-instellingen, commerciële organisaties, eventueel in samenwerking met elkaar, afhankelijk van de doelgroep en de vorm van prenatale voorlichting waarvoor de gemeente heeft gekozen.

In 2009 is vanuit het Rijk structureel een bedrag van € 5,8 miljoen per jaar toegevoegd aan de Brede Doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin (BDU CJG). De middelen voor prenatale voorlichting worden jaarlijks aan de gemeenten ter beschikking gesteld door middel van deze regeling. Het gaat hierbij om bestaande middelen die zijn overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Preconceptiezorg is het geheel aan (collectieve en individuele) maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de (aanstaande) moeder en het kind, die willen zij effectief zijn, bij voorkeur vóór de conceptie moeten worden genomen. Prenatale voorlichting is daarentegen voorlichting aan de aanstaande ouders, dus tijdens de zwangerschap, in het belang van de gezondheid en welzijn van moeder en kind.

Financiële gevolgen en administratieve lasten

De leden van de VVD-fractie vragen naar de overzichtelijkheid van de financiële gevolgen van het congruent maken van de GGD-regio's.

In de eerste plaats dient te worden benadrukt dat het nog maar om enkele regio's gaat. In de overige regio's is er al sprake van territoriale congruentie met de veiligheidsregio's. Het berekenen van de incidentele en frictiekosten en van de eerdergenoemde doelmatigheidswinst is voor deze regio's lastig gelet op de specifieke regionale omstandigheden die spelen. Daarom kan een specificatie daarvan in de Memorie van Toelichting bij het voorstel niet worden aangegeven. Wel mag worden verwacht dat ook de laatste resterende gemeenten door het maken van tijdige afspraken de kosten van in- en uittreden in een regio onderling kunnen regelen door overname of detachering van een deel van elkaars personeel en (gedeeltelijke) overname van huisvesting en facilitaire voorzieningen. Daarnaast bestaat ook nog de mogelijkheid voor samenwerkende GGD'en om de backoffice-taken samen te laten uitvoeren waardoor schaalvoordelen gerealiseerd zullen kunnen worden. Zoals ook in de Memorie van Toelichting is aangegeven, kunnen de gemeenten die het aangaat zich bij de Minister van VWS melden indien blijkt dat de incidentele en frictiekosten, die rechtstreeks toe te schrijven zijn aan het proces om te komen tot territoriale congruentie, uitstijgen boven hetgeen binnen een redelijke termijn kan worden terugverdiend door o.a. schaalvoordelen. De Minister van VWS zal alsdan bezien of compensatie op zijn plaats en mogelijk is.

Toezicht

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Inspectie voor de Gezondheidszorg voldoende capaciteit heeft.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft voldoende menskracht om hierop toe te zien. De inzet van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt mede bepaald door het aantal crises dat zich zal voordoen en het aantal thematische toezichtonderzoeken dat zij op dit thema wil uitvoeren.

Advies Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Veiligheidsberaad

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer er aanleiding zou zijn om het aantal GGD'en verder in te perken en of de VNG en het Veiligheidsberaad nu onverkort achter het voorstel staan.

De aanleiding tot verdere inperking van het aantal GGD'en zou een verdere inperking van het aantal veiligheidsregio's zijn. Om gemeenten in het licht van mogelijk toekomstige ontwikkelingen inzake de veiligheidsregio's voldoende beleidsruimte te bieden, wordt een nota van wijziging ingediend ter wijziging van het wetsvoorstel. Dit maakt het mogelijk voor gemeenten om ook te besluiten een GGD te vormen die meer dan één veiligheidsregio omvat. De GGD-regio moet dan wel gehele veiligheidsregio's omvatten. Voor een verdere uitleg wordt verwezen naar de toelichting bij de nota van wijziging.

Daarnaast hadden de VNG en het Veiligheidsberaad enige vraagpunten. Deze zijn aanleiding geweest om de Memorie van Toelichting bij het voorstel te verduidelijken. Naar verwachting zijn met deze uitleg een deel van de bezwaren weggenomen. De indruk is ontstaan dat met het aanvaarden van de Wet veiligheidsregio's door beide Kamers er ook meer draagvlak voor dit voorstel is gekomen.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdelen B en F

De leden van de CDA-fractie hebben bedenkingen bij de kwaliteit van deze nieuwe taak en vragen hoe kan worden verzekerd dat de doelgroep afdoende en doelmatig wordt bereikt.

De inhoud en vorm van prenatale voorlichting hangt af van de samenstelling van de door de gemeente geformuleerde doelgroep en hun informatiebehoefte. De gemeente is bij uitstek in staat op lokaal niveau te zorgen voor samenhang met andere beleidsterreinen.

Artikel II, onderdeel A

De leden van de CDA-fractie vragen aan de hand van de Nieuwe Influenza A (H1N1) naar de stappen die gezet moeten worden als dit artikel in werking treedt.

De voorgestelde wijziging van dit artikel regelt de taak voor het bestuur van de veiligheidsregio om te zorgen voor de voorbereiding op de bestrijding van een infectieziektecrisis. Op het moment dat dit artikel in werking zal zijn getreden, betekent dit artikel niet veel meer in relatie tot de Nieuwe Influenza A (H1N1). Het belang van dit artikel is gelegen in een goede voorbereiding op een nieuwe infectieziektecrisis. De uitvoering van de bestrijding van een dergelijke crisis zal straks op grond van de Aanpassingwet veiligheidsregio's waarmee de Wet publieke gezondheid ook wordt gewijzigd, worden neergelegd bij de voorzitter van de veiligheidsregio. De voorzitter zal dan met uitsluiting van anderen bevoegd worden om toepassing te geven aan de noodzakelijke bestrijdingsmaatregelen, bedoeld in de Wet publieke gezondheid. In die situatie zal er tevens sprake zijn van een bovenlokale crisis in de zin van de Wet veiligheidsregio's.

Daarom zal de voorzitter eveneens bij uitsluiting van de burgemeester bevoegd zijn om onder meer de bevoegdheden uit te oefenen ter handhaving van de openbare orde. Dit geheel zal leiden tot een effectiever systeem van uitvoering van de bestrijding. Omdat de bestrijding straks op het niveau van de veiligheidsregio zal plaatsvinden, wordt met het onderhavige artikel het bestuur van de veiligheidsregio verantwoordelijk om ook de voorbereiding op deze bestrijding op het niveau van de veiligheidsregio ter hand te nemen.

Artikel II, onderdeel C

De leden van de CDA-fractie vragen aan de hand van de Nieuwe Influenza A (H1N1) naar de gemeentelijke besluitvorming en verantwoordelijkheden bij aansturing door de minister.

Op dit moment kan de Minister van VWS de burgemeesters aansturen bij het bestrijden van een infectieziektecrisis. Deze kan vervolgens de colleges aansturen bij de voorbereiding daarop. De uitvoering van de bestrijding en de voorbereiding vindt op operationeel niveau nu al plaats via de overwegend regionaal georganiseerde GGD'en. Gemeenten moeten ook nu dus al afspraken maken over de verdeling van de kosten binnen de regio. De financiering van de publieke gezondheidszorgtaken loopt grotendeels via het Gemeentefonds. Indien gemeenten bij een infectieziektecrisis, zoals de Nieuwe Influenza A (H1N1), in opdracht van de Minister van VWS kosten maken die uitstijgen boven hetgeen een gemeente voor de infectieziektebestrijding normaliter geacht wordt te begroten, kan een beroep worden gedaan op het Rijk. De basis hiervoor is artikel 62 van de Wet publieke gezondheid, jo. het bepaalde in het Besluit publieke gezondheid. Hierin verandert met het voorliggend wetsvoorstel niets. Bestuurders van de verschillende gemeenten binnen een veiligheidsregio zullen dus onderling afspraken moeten maken over de hoogte van de bijdrage van iedere gemeente voor de voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken.

Artikel II, onderdelen E en F

De leden van de CDA-fractie vragen of de gedwongen gebiedscongruentie een beperking van de vrijheid van gemeenten oplevert ter zake van de uitvoering van de opgedragen gezondheidstaken.

De verplichte congruentie van de werkgebieden van de GGD met die van de veiligheidsregio brengt geen beperking aan in de mogelijkheden die de Wet publieke gezondheid biedt voor gemeenten om bijvoorbeeld de uitvoering van gezondheidsbevordering of jeugdgezondheidszorg te organiseren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mede namens de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
A. Klink