



Vereniging voor Gezondheidsrecht

Preventieve Gezondheidszorg

P R E A D V I E S 2 0 0 5

**Preventie in de individuele
gezondheidszorg**
mr. E.-B. van Veen

**Preventie in rechte.
Zwijgen: recht of plicht?**
prof. mr. W.R. Kastelein

PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Heilzame wetten
Historie, karakter, plaats en vorm van de
publieke gezondheidszorg

MR. W. VAN DEN OUWELANT

Infectieziekten, dwang en drang

PROF. MR. J.C.J. DUTE

Preadvies uitgebracht voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht,
jaarvergadering 15 april 2005

Sdu Uitgevers
Den Haag, 2005

Meer informatie over deze en andere uitgaven kunt u verkrijgen bij:

Sdu Klantenservice

Postbus 20014

2500 EA Den Haag

tel.: 070 - 378 9880

fax: 070 - 378 9783

© Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2005

ISBN 90 12 10757 1

NUR 822

Alle rechten voorbehouden. Alle auteursrechten en databankrechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden. Deze rechten berusten bij Sdu Uitgevers bv.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor de afwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever deswege geen aansprakelijkheid voor de gevolgen van eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the publisher's prior consent.

While every effort has been made to ensure the reliability of the information presented in this publication, Sdu Uitgevers neither guarantees the accuracy of the data contained herein nor accepts responsibility for errors or omissions or their consequences.

VOORWOORD

Voorkomen is beter dan genezen, maar in de aandacht die beide in de praktijk krijgen komt dat niet altijd tot uiting. Als het gaat om de plaats van preventie in de gezondheidszorg lijkt dat niet anders. Dit ondanks het feit dat overheid en samenleving af en toe nadrukkelijk aan het belang van preventieve zorg worden herinnerd, onder meer als nieuwe kennis beschikbaar komt over de gezondheidsrisico's van bepaalde leefstijlen of gedragingen, of wanneer zich externe risico's voor de volksgezondheid aandienen bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe infectieziekten. Pas dan komen ook vaak weer de vragen op tafel die vanuit het recht gesteld moeten worden, zoals: waartoe is de overheid jegens de burger gehouden op het gebied van preventie, en welke medewerking mag diezelfde overheid van de burger verwachten zowel waar het gaat om reductie van risico's voor de eigen gezondheid als waar de gezondheid van anderen in het geding is?

Het leek het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht een goed idee de (juridische aspecten) van de preventieve gezondheidszorg (en daarbij met name die van de collectieve preventie) op de agenda voor de jaarvergadering 2005 te zetten. Twee auteurs – mr. W. van den Ouwelant respectievelijk prof. mr. J.C.J. Dute – zijn bereid gevonden over dit thema te preadviseren.

In het eerste deel van het preadvies gaat het vooral om de vraag waarop de burger de overheid kan aanspreken. Behandeling van die vraag leidt tot bespreking van (de achtergronden van) het stelsel van preventieve gezondheidszorg in ruime zin. Het mondt uit in een (voorstel voor) een nieuwe plaatsbepaling en vormgeving van dat stelsel, inclusief de consequenties op het vlak van wetgeving en organisatie.

Het tweede deel van het preadvies is op een specifiek onderdeel van dit brede gebied gericht, te weten de preventie en bestrijding van infectieziekten; daar speelt bij uitstek de vraag welke verplichtingen de overheid aan burgers op kan leggen. Dit deel bevat een bespreking van het huidig wettelijk instrumentarium, met aandacht voor grondrechtelijke en internationale aspecten. Daarbij komen ook ter sprake de recente wettelijke maatregelen ter bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid, inclusief de vraag of de overheid daarmee wel een voldoende geschikt instrument in handen heeft om mogelijke rampen op dit gebied te bestrijden.

Het bestuur is beide preadviseurs erkentelijk voor hun bijdragen en verwacht een interessante jaarvergadering.

prof. mr. J.K.M. Gevers
voorzitter

INHOUDSOPGAVE

Heilzame wetten Historie, karakter, plaats en vorm van de publieke gezondheidszorg

mr. W. van den Ouwelant

1	Inleiding	13
1.1	Naam en definitie	14
1.2	Een complex domein	15
1.3	Publiek domein	16
2	Historisch overzicht	17
2.1	1800-1945: werken aan volksgezondheid	17
2.2	Na 1945: gezondheidszorg centraal	21
2.3	1966: Volksgezondheidsnota	22
2.4	1974: Structuurnota Hendriks	22
2.5	1980: Schets basisgezondheidsdiensten	24
2.6	1981: Stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten	25
2.7	1987: Dekker	26
2.8	1989: de Wet collectieve preventie volksgezondheid	26
2.9	1983-1995: nota's van het Rijk	28
2.10	1992: polio	30
2.11	1993: evaluatie WCPV	30
2.12	1995: inspectierapport	31
2.13	1996: Commissie Lemstra	32
2.14	1997: actieprogramma Borst	35
2.15	2001-2002: aanpassing van de WCPV	36
3	Te onderscheiden stelsels	39
3.1	Kenmerken	40
3.2	Professionele kenmerken	40
3.3	Apart en samen	42
3.4	Verantwoordelijkheid van de overheid	42
3.5	De huidige stelsels in grote lijnen	44
3.5.1	Curatieve gezondheidszorg en verzorging	44
3.5.2	Publieke gezondheidszorg	45
3.6	Constanten en kenmerken	47
4	Het vernieuwde zorgstelsel en de publieke gezondheidszorg	48
4.1	De zorgverzekering	49
4.2	De AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning	50
4.3	De WMO en de WCPV	52
4.4	Plaats en polariteiten	54

INHOUDSOPGAVE

5	Wetten en beleid	56
5.1	De WCPV en de Kwaliteitswet zorginstellingen	56
5.2	De Kwaliteitswet zorginstellingen	57
5.2.1	Het systeem van de Kwaliteitswet	57
5.2.2	Bindende richtlijnen?	58
5.3	Bevorderingstaken in de WCPV	59
5.3.1	Afstemmen	60
5.3.2	Taken	61
5.3.3	Beschouwing	62
5.4	Uitvoeringstaken in de WCPV	62
5.4.1	Infectieziektebestrijding	63
5.4.2	Jeugdgezondheidszorg	69
5.5	De gezondheidsdienst	77
5.5.1	Complexiteit	77
5.5.2	Kerngegevens	78
5.5.3	Schaal	78
5.5.4	Rechtsvorm	80
5.5.5	Beschouwing	81
5.6	Beleid	82
5.6.1	Gemeentelijk beleid	83
5.6.2	Rijksbeleid	84
5.6.3	Het RIVM als nationaal centrum	87
6	Slotbeschouwing	89
6.1	Plaats	90
6.2	Vorm	91
6.3	Uitvoering	92
6.4	Epiloog	96
	Literatuur	97

Infectieziekten, dwang en drang

prof. mr. J.C.J. Dute

1	Inleiding	105
2	Uitgangspunten	107
2.1	Sociale en individuele grondrechten	107
2.2	Rechtvaardiging overheidsdwang	111
3	Internationale aspecten van infectieziektebestrijding	114
3.1	Inleiding	114
3.2	International Health Regulations	115

3.3	Europese Unie	118
3.4	Slot	119
4	Infectieziektenwet	120
4.1	Inleiding	120
4.2	Wettelijke systematiek	121
4.2.1	Overzicht	121
4.2.2	Beschouwing	122
4.3	Melding	124
4.3.1	Meldingssystematiek	124
4.3.2	Aids	125
4.3.3	Bestuurlijke boete	126
4.4	Maatregelen	126
4.4.1	Inleiding	126
4.4.2	Gedwongen isolatie	127
4.4.3	Gedwongen onderzoek	128
4.4.4	Verbod van beroeps- en bedrijfsuitoefening	129
4.4.5	Gedwongen behandeling	130
4.4.6	Ambulante dwangbehandeling	131
4.4.7	Directly observed therapy	132
4.4.8	Vaccinatie	132
4.4.9	Rechten van degene die de maatregel moet ondergaan	136
4.5	Infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid	137
4.5.1	Inleiding	137
4.5.2	Melding	138
4.5.3	Afzondering en waarneming	138
4.5.4	Medisch toezicht	139
4.5.5	Nadere gegevensverstrekking	140
4.5.6	Procedurele rechtswaarborgen	140
4.5.7	Beschouwing	140
5	Uitvoeringsorganisatie	141
5.1	Huidige uitvoeringsstructuur	141
5.2	Centrum voor preventie en bestrijding infectieziekten	144
6	Slot	145
	Literatuur	147
	Preadviezen	151

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Heilzame wetten
Historie, karakter, plaats en vorm van de publieke
gezondheidszorg

mr. W. van den Ouwelant*

* Adviseur GGD Nederland

De Vertegenwoordigende Magt strekt, insgelijks, door heilzame wetten, haare zorg uit tot alles, wat in het algemeen de gezondheid der Ingezetenen kan bevorderen, met wegruiming, zooveel mogelijk, van alle belemmeringen.

*Artikel 62, Staatsregeling voor het Bataafsche Volk.
1798*

1 Inleiding

Wat mag de burger op het gebied van de preventieve gezondheidszorg van de overheid verwachten? Deze opdracht omvat twee oriëntaties voor het preadvies. Ten eerste welke activiteiten de overheid, waaronder wij staat en lagere overheden verstaan, vandaag de dag onderneemt ter bevordering van de preventieve gezondheidszorg en ten tweede welke activiteiten we gezien de voorstellen tot ingrijpende wijziging van het zorgstelsel op het terrein van de preventieve gezondheidszorg zouden mogen verwachten. Als kernvraag kunnen we zien: wat zou de burger, als we verleden, heden en toekomst van het zorgstelsel kritisch hebben beschouwd, mogen verwachten van de overheid op het gebied van preventieve gezondheidszorg?

Bij het bepalen van de koers van dit preadvies lopen we direct tegen een probleem aan. Hoe bepalen we het object ervan? Er zijn in de loop van de tijd drie belangrijke domeinen ontstaan van collectieve bemoeienis met de volksgezondheid: het domein van de curatieve gezondheidszorg en verzorging, dat van de preventie en dat van de sociale zekerheid. Het domein van de sociale zekerheid is voor de volksgezondheid van belang in verband met vooral de bescherming tegen arbeidsongeschiktheid en inkomensderving bij ziekteverzuim. Dit domein laat ik hier buiten beschouwing. Het domein van gezondheidszorg betrekken we in de beschouwing in zoverre dat van belang is met het oog op de huidige en mogelijke plaats en functie van het domein van de preventie in relatie tot dat van de gezondheidszorg. Bij preventie in dit preadvies gaat het om preventie met een collectief karakter. De individuele of casuïstische preventie wordt tot het domein van de gezondheidszorg gerekend.¹ Het gaat daarbij om preventieve activiteiten die onderdeel zijn van een individueel hulpverleningsproces binnen de gezondheidszorg. Individuele preventie met een collectief doel (bevordering of bescherming van de gezondheid van de bevolking als geheel of van een groep daaruit), zoals deze bijvoorbeeld binnen de jeugdgezondheidszorg, door de huisarts (de vaccinatie tegen influenza) of in het kader van bevolkingsonderzoeken tegen borst- of baarmoederhalskanker wordt aangeboden behoort tot het domein van de hier behandelde preventie.

1 Preventiebeleid jaren negentig 1992.

1.1 *Naam en definitie*

Gezondheidspreventie met een collectief karakter laat een grote variëteit aan activiteiten zien. Het domein, als we het tenminste zo mogen noemen, heeft vooral daardoor een diffuse begrenzing. Zo zijn er vele collectieve activiteiten aan te wijzen die (ook) een duidelijk preventief effect hebben wat betreft de gezondheid, zonder dat deze te beschouwen zijn als gerichte preventieve gezondheidszorg; denk aan milieubeleid, woonbeleid en veiligheidsbeleid. Voor de collectieve preventie die ons onderwerp vormt, is in Nederland geen algemeen aanvaarde (Nederlandse) term in gebruik. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw gebruikt men in Nederland en andere Europese landen veelal de Engels-Amerikaanse term ‘public health’, waarmee een breed en veelvormig werkterrein wordt aangeduid waarop professionals van velerlei pluimage – bepaald niet alleen medici, paramedici en verpleegkundigen – werkzaam zijn. De begrippen public health en sociale geneeskunde vallen dan ook niet samen.² In navolging van Mackenbach lijkt een goede Nederlandse vertaling daarvan ‘maatschappelijke gezondheidszorg’, maar een breed draagvlak heeft die (nog) niet gevonden.³ Zo heet de directie die zich op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bezighoudt met de openbare zorg voor de gezondheid sinds kort Directie publieke gezondheid. Andere (veel)gebruikte benamingen voor public health zijn ‘algemene preventieve zorg’ en ‘openbare gezondheidszorg’, maar ook collectieve preventie of programmatische preventie. De twee laatstgenoemde adjectieven geven evenwel vooral een politiek getint onderscheid aan. Collectieve preventie kan niet zonder programma’s en programma impliceert in dit verband een collectief. Het onderscheid komt hierna nader aan de orde. Eenheid in terminologie lijkt wenselijk en valt ook wel uit te werken. Maar vrijwel niemand bekreunt zich over de nogal verwarrende terminologie. In het vervolg van dit betoog zal ik voornamelijk de term publieke gezondheidszorg gebruiken.

Goed hanteerbaar voor de oriëntatie van dit preadvies is evenwel een algemeen aanvaarde definitie van public health: ‘Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society’.⁴ Het werkterrein van ‘the art’ van public health laat zich in het Nederlands het best omschrijven als het geheel van collectieve activiteiten dat gericht is op de bevordering en bescherming van de gezondheid van de bevolking of van groepen daaruit alsmede op de voorkoming of vroegtijdige ontdekking van ziekten onder die bevolking of bevolkingsgroepen. Maar door welke exogene dan wel endogene factoren wordt de gezondheid bepaald? Daarvoor gebruikt men veelal het zogenaamde ‘health field concept’ van Lalonde.⁵ Dat ver-

2 Mackenbach 2003, p. 450-458.

3 Mackenbach 2001.

4 Public Health in England 1988.

5 Lalonde 1974, p. 31-34 en Preventieve gezondheidszorg 1991, p. 20.

deelt het veld van de gezondheid in vijf invloedssferen, waaruit determinanten van gezondheid voortvloeien:

- biologische factoren: erfelijke constitutie, geslacht, aangeboren afwijkingen;
- gedrag (levensstijl): bewegen, roken, alcohol- en drugsgebruik, seksueel gedrag, veilig gedrag, hygiëne, voeding en ontspanning;
- sociaal milieu: arbeid, sociaal-economische status;
- fysiek milieu: chemische, fysische en biologische agentia;
- gezondheidszorgorganisatie, met name van belang: de ziekmakende werking van het zorgsysteem.

1.2 Een complex domein

Nijhuis wijst erop dat de in paragraaf 1.1 gegeven definitie en andere gangbare definities van het begrip public health meestal impliciet uitgaan van het natuurwetenschappelijke model.⁶ Maar public health verwijst naar een uitermate complex maatschappelijk domein, waarin talloze actoren met betrekking tot gezondheid in het openbaar in communicatieve interactie verkeren om sociale situaties te definiëren en tot handelingscoördinatie te komen. Health verwijst volgens Nijhuis naar een bepaalde toestand of potentie van mensen. Gezondheid wordt door betrokkenen wisselend vanuit verschillende beoordelingskaders geïnterpreteerd. Naar het begrippenkader van de theorie van het communicatieve handelen verschijnt het vanuit de persoonlijke beleving als 'illness', vanuit het natuurwetenschappelijk model als 'disease' en vanuit normatief sociaal-maatschappelijk perspectief als 'sickness'. De subjectieve conceptualisering geeft de persoonlijke beleving weer, de objectieve, gericht op waarheidkennis, gaat samen met de interesse de problemen technisch te beheersen en in de normatieve conceptualisering gaat het om de vraag wat sociaal gezien wel en niet juist is met betrekking tot gezondheids(zorg)kwesties.

De toonaangevende wetenschappelijke methoden, zoals de medische en sociale epidemiologie, zijn van grote betekenis voor de beheersing van gezondheidsproblemen, maar in de ogen van Nijhuis schieten deze voor de public health tekort. Subjectieve betekenisvolle aspecten van de persoonlijk beleving van gezondheid en de zorg ervoor blijven buiten de analyse en de beschouwing. Daarnaast stellen het methodologisch individualisme en de causaal mechanistische voorstelling van de wereld de personen die deze benaderingswijze gebruiken voor onoplosbare problemen om de communicatieve interactie tussen professionals, zorgaanbieders en -gebruikers, verzekeraars en overheden tot begrip te brengen. En ook kan de wisselwerking tussen deze actoren en de sociale, culturele en economische organisaties en structuren waarvan zij deel uitmaken, op basis van dit model niet adequaat geanalyseerd en geïnterpreteerd worden. Voor het verlichten van de

6 Nijhuis 1994.

subjectief-persoonlijke en sociaal-normatieve aspecten van de zorg voor de gezondheid is het rationaliteitsconcept dat ten grondslag ligt aan epidemiologisch empirisch onderzoek te beperkt. De verbreding ervan naar de rationele argumentatie over de juistheid en waarachtigheid van handelingen op het terrein van gezondheid is volgens Nijhuis noodzakelijk om te kunnen werken aan een sociaal-rechtvaardige public health.

1.3 *Publiek domein*

Om welke collectieve activiteiten ten behoeve van de volksgezondheid qua aard gaat het en wie onderneemt deze? We moeten daarvoor een onderscheid maken tussen activiteiten op het gebied van het beleid, de regie en de uitvoering. Het domein van de public health wordt gekenmerkt door een overheid die diensten aanbiedt aan de burgers (en soms, zoals bij de infectieziektebestrijding een gebod uitvaardigt). Die burger heeft uit zichzelf geen of slechts een incidentele dan wel latente hulpvraag naar de diensten van de public health. Bovendien treden bij veel aandachtsgebieden van public health, met name bij infectieziekten, externe effecten op (waardoor kwesties van openbare orde en veiligheid gaan spelen). Met een economische observatie neemt men bij externe effecten bovendien in veel gevallen aan dat de alle privé-baten en -kosten, bijvoorbeeld van individuele vaccinatie, kleiner zijn dan de maatschappelijke baten en kosten van collectieve actie, omdat het individu de gevolgen van de externe effecten niet meeweegt of kan meewegen. Voorts kunnen bepaalde collectief-preventieve activiteiten moeilijk individualiseerbaar zijn, nog afgezien van de vraag of dat wenselijk zou zijn. Schoon drinkwater en riolering zijn de klassieke voorbeelden. Om al deze redenen stelt men dat de markt van (individuele of particuliere) vraag en aanbod niet het geëigende systeem biedt om public health te reguleren en dat die taak tot het publiek domein gerekend moet worden.⁷ Als we alleen naar de uitvoering kijken is die stelling aanvechtbaar, want de staat en de lagere overheden kunnen als vragers namens hun burgers optreden. En gezien de potentiële omvang van hun vraag, is een levenskrachtig aanbod van preventieve gezondheidsdiensten door een scala van organisaties niet alleen mogelijk maar ook aanwezig. Maar dat doet niet af aan de omstandigheid dat de overheid zelf de geëigende instantie is om als uitvloeisel van haar beleid het aanbod te genereren. Bovendien kunnen er (normatieve) politieke overwegingen zijn om ook de uitvoering in eigen hand te houden, zoals bij de infectieziektebestrijding, die in sterke mate gerelateerd is aan kwesties van openbare orde en veiligheid.

7 Preventieve gezondheidszorg 1991, p. 36-37.

2 Historisch overzicht

Voor een goed begrip van het huidige bestuurlijke institutionele ensemble is het van belang een korte geschiedenis van de publieke gezondheidszorg te geven. Ik put hiervoor uit verschillende publicaties voor de grote lijnen.⁸ Bij de Volksgezondheidsnota 1966 om te beginnen, maak ik vooral gebruik van de in de tekst vermelde documenten en publicaties. Noodzakelijkerwijs betreft deze geschiedenis voornamelijk het beleid van de centrale overheid. De nadruk ligt op het tijdvak na de Volksgezondheidsnota 1966.

2.1 1800-1945: werken aan volksgezondheid

Al in de Griekse oudheid namen met name steden maatregelen ter bescherming van de gezondheid van hun ingezetenen. Toch bestaat het begrip volksgezondheid pas sinds het einde van de achttiende eeuw. De expliciete verantwoordelijkheid van de overheid is in Nederland voor het eerst vastgelegd in de Staatsregeling voor het Bataafsche Volk van 1798; de eerste grondwet, als we de Unie van Utrecht van 1579 buiten beschouwing laten, die kracht van wet heeft gekregen, al kon zij slechts ontworpen worden en in werking treden met behulp van twee militaire coups (om al in 1801 weer vervangen te worden). De staatsregeling bleek in de praktijk wat betreft haar regeling van het bestuur onwerkbaar, maar was vanuit politiek-ideologisch oogpunt hoogst interessant.⁹ Niet alleen werd het oude provincialisme rigoureuus van de kaart geveegd en de eenheidsstaat uitgeroepen, maar ook en vooral vertoonde zij verlicht-utopische trekken. Het meest bijzondere is de lange lijst (64 artikelen) van *Burgerlijke en staatkundige grondregels* waarmee zij aanvangt. Op allerlei terreinen kreeg de overheid, als exponent van het Bataafse volk, een sturende rol. Zo moest zij niet alleen de welvaart bevorderen en de armenzorg regelen, maar ook onder meer de volksgezondheid bevorderen. Artikel 62 van die Staatsregeling bepaalde: 'Zij (bedoeld wordt 'De Vertegenwoordigende Magt'; *WvdO*) strekt, insgelijks, door heilzame wetten, haare zorg uit tot alles, wat in het algemeen de gezondheid der Ingezetenen kan bevorderen, met wegruiming, zooveel mogelijk, van alle belemmeringen'¹⁰ Het zou tot 1983 duren voordat een aantal van deze bepalingen als sociale grondrechten zou terugkeren in de grondwet.

In de volgende staatsregeling, van 1801, kwam de bepaling alweer niet voor, maar als aandachtsgebied voor de staat bleef volksgezondheid bestaan. In 1804 stelde het 'Staats-Bewind' de geneeskundige hulpverlening onder centraal gezag door middel van een Geneeskundige Staatsregeling. Onder het koninkrijk Holland en na 1814 door het Rijk werd de volksgezondheidspolitiek van de Bataafse

8 Houwaart 1991; Kerkhoff 1994; Drewes 2001, p. 91-117; Mackenbach 2003, p. 450-458.

9 Van Sas 2004, p. 312 en 313.

10 Van Hasselt 1956, p. 25.

republiek voortgezet. In 1818 kwam de *Wet op de uitoefening der Geneeskunde* tot stand. Deze zou tot 1865 van kracht blijven. Krachtens die regeling waren provinciale en lokale commissies in het leven geroepen die toezicht moesten houden op de uitoefening van de geneeskunst en de naleving van gezondheidswetten en verordeningen. Zij moesten tevens de plaatselijke overheden adviseren inzake voorbereiding en uitvoering van maatregelen tegen epidemische ziekten. Tot een actief overheidsbeleid heeft die regeling niet geleid. Vooral de kleinere gemeenten lijken volgens Kerkhoff weinig belangstelling te hebben getoond. Het was trouwens de tijd van de nachtwakerstaat met het principe van de relatieve staatsonthouding. Verder ontbraken zowel het inzicht in het ontstaan van ziekten en de wijze van verspreiding onder de bevolking als de mogelijkheden tot interventie in ziekteprocessen, met uitzondering van de bestrijding van pokken en pest. Maar twee factoren leidden in de loop van negentiende eeuw toch tot een groeiende overheidsbemoeyenis. Ten eerste werd geconstateerd dat de gezondheidstoestand van de bevolking sterk achteruitging. In het buitenland weet men dat aan de industrialisatie; in Nederland, waar de industrialisatie eerst in de tweede helft van die eeuw doorzette, aan de slechte economische toestand. Probleemperceptie terzake ontstond en dat leidde ook hier tot politiek handelen. Want dat handelen werd mogelijk gemaakt omdat er wat aan die problemen te doen bleek. Zowel hier als in het buitenland kwamen namelijk artsen tot het inzicht dat er verband bestond tussen het optreden van besmettelijke ziekten en de levensomstandigheden van grote delen van vooral de arme stadsbevolking. Als reactie hierop ontstond een beweging van sociaal bewogen artsen, de zogenaamde hygiënisten, die ervoor kozen de politiek te bewegen tot het nemen van hygiënische maatregelen (en niet zelden ook voor de politiek kozen). Hun activiteiten begonnen vanaf het midden van de eeuw vruchten af te werpen in de vorm van wetgeving en concreet volksgezondheidsbeleid.

Vanaf omstreeks 1850 zien we dan de grote tijd van de publieke gezondheidszorg aanbreken. De levensverwachting van de bevolking stijgt, eerst aarzelend, maar vanaf 1880 neemt zij spectaculair toe. Mackenbach laat zien dat de publieke gezondheidszorg tussen 1850 en 1950 grote successen boekte en dat die niet zijn toe te schrijven aan, zoals veelal gedacht werd of wordt, de vooruitgang van de curatieve geneeskunde, maar aan maatregelen die leidden tot een betere technische en sociale infrastructuur voor de volksgezondheid – zoals waterleiding, riolering, betere arbeidsomstandigheden, betere voeding, goede huisvesting en grotere veiligheid.¹¹ Die maatregelen waren de vrucht van een toenemende staatsbemoeyenis, vooral in de vorm van wetgeving, zoals de Armenwet (1854), Begrafniswet (1869), Besmettelijke ziektenwet (1872), Wet kinderarbeid (1874), Quarantainewet (1877), Drankwet (1881) en de Arbeidswet (1889).

In de Gemeentewet van 1851 krijgen de gemeenten tot taak toezicht uit te oefenen op de 'publieke gezondheidsdiensten' (niet op te vatten als gemeentelijke organi-

11 Mackenbach 2001, p. 15.

saties maar als openbare dienstverlening door gecontracteerde artsen, heelmeeesters en vroedvrouwen), naast de opdracht verordeningen te maken voor onder andere de volksgezondheid en de kosten voor het gezondheidsbeleid op de begroting tot uitdrukking te laten komen. Maar ook deze bepalingen leidden bij veel gemeenten niet tot wezenlijke belangstelling voor de volksgezondheid. Kerkhoff stelt dat veel van de hiervoor genoemde wetten (mede) het gevolg waren van weinig actieve gemeentebesturen, vooral die van de kleinere gemeenten.¹² Hun inertie leidde met name door druk van de geneeskundige inspecteurs die werden aangesteld na de totstandkoming in 1865 van de Wet op het staatstoezicht op de volksgezondheid, tot een aantal bepalingen in de genoemde wetten waarin expressis verbis een rol aan de gemeenten werd opgedragen.

Het tekortschieten van veel gemeentebesturen leidde naast ingrijpen van de staat ook tot het ontstaan van particuliere initiatieven ter bevordering van de volksgezondheid. Zo ontstond, overigens op aandrang van de provinciale geneeskundige inspecteur, in Hilversum in 1875 de eerste kruisvereniging.¹³ Een initiatief dat spoedig daarna overal in het land navolging vond. Naast de kruisverenigingen werden nog andere particuliere initiatieven genomen die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de bevordering van de volksgezondheid. Zo ontstonden eind negentiende en begin twintigste eeuw ook verenigingen rond de preventieve zorg voor zuigelingen en voor de bestrijding van tuberculose.

Met de Gezondheidswet van 1901 deed het Rijk een nieuwe poging de gemeenten in het algemeen tot meer actie aan te zetten. Er kwamen wederom plaatselijke commissies, nu echter overkoepeld door een centrale Gezondheidsraad. De gemeentebesturen werden verplicht aan de commissies advies te vragen bij voornemens op het gebied van de volksgezondheid. Maar ook deze maatregelen lijken veel gemeenten niet te hebben aangezet meer belangstelling voor het onderwerp te tonen. Vooral de Woningwet van 1901 luidde vervolgens een periode in dat de staat in toenemende mate dirigerend ging optreden en de gemeenten opdroeg in medebewind taken uit te voeren. Dat gold ook voor de volksgezondheid, zoals onder andere de Armenwet van 1912 en de Warenwet van 1919 lieten zien.

Het beeld dat de gemeenten laks waren op het gebied van de volksgezondheid en dat de staat en het particulier initiatief daardoor het ontstane gat moesten vullen, verdient volgens Kerkhoff overigens bijstelling als we naar de grote gemeenten van die tijd kijken. De groeiende steden hadden meer en veel grotere problemen dan de kleinere gemeenten, vooral veroorzaakt door hun soms onstuimige groei. De toenemende bedrijvigheid veroorzaakte een toestroom van boeren en buitenlui die veelal onder erbarmelijke omstandigheden bij elkaar hokten in de oude stadskern en daar de kans op het uitbreken van besmettelijke ziekten sterk verhoogden en de behoefte aan medische armenzorg deden toenemen. Bovendien steeg het aantal bedrijfs- en verkeersongevallen door de zich ontwikkelende

12 Kerkhoff 1994, p. 17-18.

13 Kerkhoff 1994, p. 18.

industrie en dienstverlening en het groeiende transport. Een en ander dwong de gemeentebesturen tot een actievere gemeentepolitiek. Daardoor fungeerden zij dikwijls ook als voortrekker voor de staat en dienden hun handelwijzen en regelingen als inspiratiebronnen voor landelijk beleid en wetgeving. Zo voorzag de Warenwet in een landelijk netwerk van keuringsdiensten in navolging van de keuringsdiensten die de grote steden hadden opgericht. Het waren ook de grote steden die gezien de omvang van de problematiek voor beleidsuitvoering in eigen beheer kozen en eigen gezondheidsdiensten oprichten, Amsterdam voorop (1893), Den Haag en Utrecht volgden nog voor het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog.

Hiervoor zagen we dat de verhouding tussen het Rijk en de gemeenten wat betreft het volksgezondheidsbeleid bij herhaling tot spanningen aanleiding gaf. Oppervlakkig bezien lijkt het erop dat het Rijk eind negentiende, begin twintigste eeuw de beleidsbepaling naar zich toe heeft getrokken en de gemeenten een uitvoerende rol in medebewind heeft gegeven. Het ging echter in belangrijke mate om een wisselwerking tussen lokaal ontwikkelde inzichten en handelingspatronen die door de rijksoverheid werden overgenomen, uitgewerkt en tot algemeen beleid verklaard, dus ook voor de kleinere plattelandsgemeenten, waarna het proces zich herhaalde. Niettemin vond het Rijk na de Eerste Wereldoorlog dat de gezondheidszorg buiten de steden vaak ernstig tekort schoot, waardoor ziekten, vooral tuberculose, gemakkelijk naar de steden met hun betere zorg konden worden overgebracht.

Minister Aalberse kwam daarom in 1920 met een voorstel voor een Wet op de instelling van gezondheidsdiensten. Het doel daarvan was via zulke diensten de openbare preventieve zorg te stimuleren en te uniformeren, mede omdat in de ogen van de bewindsman de gezondheidscommissies slecht functioneerden. Aalberse wilde daarom een sluitend netwerk van districtdiensten om de gemeenten het rijksbeleid te laten uitvoeren. De behandeling van die wet werd echter een lijdensweg met uiteindelijk als resultaat dat het voorstel in 1933 werd ingetrokken. Kerkhoff geeft hiervoor enkele verklaringen.¹⁴ Ten eerste vonden veel kamerleden, zeker na het uitbreken van de economische crisis in 1929, de kosten veel te hoog, vooral voor het rijk. Het rijk zou namelijk voor de helft in de bekostiging bijdragen. Een tweede punt betrof de vraag of de diensten als een gedeconcentreerde rijksdienst moesten functioneren dan wel als gemeentelijke diensten. De meningen hierover bleven uiteen lopen, ook binnen de kring van de professionals. Het derde twistpunt betrof de relatie tussen overheid en particulier initiatief. In de beginfase van het behandlingsproces speelde dat punt nog niet zo, maar gedurende de jaren twintig was het particulier initiatief groot geworden: tal van particuliere instellingen, overigens met behulp van subsidies van rijk, provincies en gemeenten, hadden, geordend binnen de diverse 'zuilen', activiteiten op het gebied van de openbare gezondheidszorg op zich genomen en wel op regionale

14 Kerkhoff 1994, p. 39-43.

schaal. En zij lieten van zich horen. De meeste kamerleden voelden er dan ook per slot van rekening niet voor om dat particulier initiatief tegen zich in het harnas te jagen. Bovendien speelden de grondbeginselen van de confessionele zuilen een belangrijke rol: de soevereiniteit in eigen kring van de protestanten en het subsidiariteitsbeginsel van de katholieken. Tegen aantasting van zuilenorganisaties was men derhalve ook om principiële redenen. Na 1933 werd het debat over de verhouding staat-gemeenten, overheid en particulier initiatief, en meer in het algemeen over de ordening van de gezondheidszorg, voortgezet. Het aantal gemeentelijke gezondheidsdiensten groeide ondertussen gestaag. In 1940 waren het er 23.

2.2 *Na 1945: gezondheidszorg centraal*

Na de Tweede Wereldoorlog en mede als gevolg ervan stond het onderwerp volksgezondheid hoog op de agenda van de regering. Andermaal werden plannen ontwikkeld. Maar een plan tot vorming van een netwerk van districtgezondheidsdiensten binnen een gedeconcentreerde rijksdienst, min of meer naar het voorbeeld van de National Health Service, werd door de confessionele partijen op instigatie van het particulier initiatief op het maatschappelijk middenveld bekwaam om zeep geholpen. In de Gezondheidswet van 1956 kwamen zulke diensten dan ook niet voor. De wet behelsde slechts dat er provinciale raden werden ingesteld naast een Centrale (later Nationale) Raad van de volksgezondheid. Hun eerste doel was overleg tussen de voornamelijk particuliere instellingen onderling. Daarnaast waren zij een forum voor overleg met de overheid. Belangstelling voor de gezondheidsdiensten had de overheid daarna nauwelijks meer. De aandacht werd opgeëist door de curatieve klinische zorg. De gezondheidsdiensten leverden zulke zorg na de invoering van de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (1967) nauwelijks meer. De gemeenten gingen wel door met het oprichten van gezondheidsdiensten. In 1977 waren dat er ondertussen 59, maar van een landelijk dekkend netwerk was (nog) geen sprake. We moeten ons van die diensten ook niet een te grote voorstelling maken. Vergeleken met instellingen voor gezondheidszorg ging (en gaat) het meestal om kleine organisaties. Naast enkele grote(re) en oude diensten (Amsterdam: 1178 medewerkers, Rotterdam: 620, Den Haag: 415, Utrecht 189) betrof het in 1977 veelal diensten met enkele tientallen medewerkers en soms nog minder (Groningen: 62 medewerkers, Zaandam: 57, Zeist: 37, Zutphen: 3).¹⁵

15 Overzicht gezondheidsdiensten 1977.

2.3 1966: Volksgezondheidsnota

In de Volksgezondheidsnota 1966, de eerste integrale beleidsnota betreffende de volksgezondheid, besteden de betrokken bewindslieden nog vrijwel evenveel aandacht aan de gezondheidszorg als aan wat genoemd wordt de gezondheidsbescherming. Onder gezondheidsbescherming verstaat men:

*'Het gehele samenstel van maatregelen dat tegen van buiten komende (exogene) invloeden moet worden genomen tot behoud, bescherming en bevordering van een optimale gezondheidstoestand van de burgers, rekening houdende met de individuele verschillen van de mens in al zijn levensperioden van zuigeling tot grijsaard, de wisselende omstandigheden, waaronder deze mens leeft en het oordeel des onderscheids dat hij bezit'.*¹⁶

Een ruime en nog steeds bruikbare omschrijving, afgezien van de gedateerde formulering. De nota beschrijft vervolgens uitgebreid het (voorgenomen) rijksbeleid dat op gezondheidsbescherming is gericht. Gemeentelijk beleid komt nauwelijks aan de orde. Van datgene wat de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten doen kan men ten departemente geen chocola maken: 'De kwaliteit en de kwantiteit van de verschillende in het land bestaande gemeentelijke geneeskundige diensten zijn door hun pluriformiteit en verschillen in organisatie in de praktijk van de uitvoering van het werk zodanig heterogeen dat zonder uitvoerige nadere bestudering en analysering een beschrijving thans niet wel mogelijk is'.¹⁷ Het Rijk gaat in de nota nog uit van een geïntegreerd stelsel van individuele zorg en collectieve activiteiten, maar de nadruk ligt toch op de opbouw van een stelsel van ziektekostenverzekeringen en van gezondheidszorgvoorzieningen. De gezondheidszorg was ondertussen uitgegroeid tot een onoverzichtelijk scala van voorzieningen, die ook door de verzuilde structuur te weinig samenhang vertoonden en steeds meer geld gingen kosten. De politieke prioriteiten verschoven daardoor in belangrijke mate van inhoud naar structuur van de volksgezondheid. De gezondheidszorg, de 'lappendeken' zoals zij toen genoemd werd,¹⁸ moest gereorganiseerd worden.

2.4 1974: Structuurnota Hendriks

Voorstellen daartoe kregen hun beslag in de Structuurnota 1974 van staatssecretaris Hendriks.¹⁹ Zoals de naam al zegt, de nadruk in die nota ligt volledig op de structuur. Hendriks wilde de greep van de overheid op de gezondheidszorg versterken door wetgeving, vooral met een wet gericht op gezondheidsvoorzienin-

16 *Kamerstukken II 1965/66, 8462, nr. 1, p.170 (Volksgezondheidsnota 1966).*

17 *Kamerstukken II 1965/66, 8462, nr. 1, p. 205.*

18 Dat de organisatie van de zorg in de ogen van velen al heel lang een rommel-tje was blijkt uit het feit dat de term al voor de Tweede Wereldoorlog in gebruik was (Kerckhoff 1994, p. 44).

19 *Kamerstukken II 1973/74, 13 012, nr. 2 (Structuurnota Hendriks).*

gen, en de organisatiestructuur vereenvoudigen en versterken door echelonnering en regionalisering. Het eerste (huisarts, kruiswerk, e.d.) en tweede echelon (polikliniek, RIAGG, ziekenhuis, verpleeghuis) zouden voornamelijk curatief en verzorgend gericht zijn.

De openbare gezondheidszorg of public health zou gezien haar speciale karakter (gemeenschapsgericht, geen individuele vraag burger, maar openbaar aanbod) in een apart echelon, het basisechelon, geplaatst moeten worden.²⁰ Hiermee werd de openbare gezondheidszorg uitdrukkelijk apart gezet van het domein van de individuele gezondheidszorg. De organisatie van de openbare gezondheidszorg moest eveneens worden aangepakt: de nota voorzag in een landelijk net van regionale openbare gezondheidsdiensten met een gelijkvormig takenpakket, dat de lokale besturen wel aan plaatselijke omstandigheden moesten kunnen aanpassen. De bestaande taken van die diensten (besmettelijke ziektebestrijding, schoolgezondheidszorg, technisch-hygiënische zorg, gezondheidsvoorlichting, e.d.) zouden kunnen worden aangevuld met taken van op dat moment nog onafhankelijk functionerende organisaties: geslachtsziektebestrijding, tuberculosebestrijding, bevolkingsonderzoek en schooltandverzorging. De gemeenten en provincies (of gewesten) zouden samen met de uitvoerende partijen een plaatselijk of regionaal orgaan moeten gaan vormen voor planning en bestuur van de gezondheidszorg. De gezondheidsdiensten zouden daarbij kunnen worden ingeschakeld als staf-bureau voor beleidsvoorbereiding, -uitvoering en controle. Die laatste taak verdween al snel naar de achtergrond, maar het voornemen voor een landelijk dekkend netwerk van openbare gezondheidsdiensten viel dit keer niet in slechte aarde, hoewel de confessionele partijen gesteund door de VVD, voldoende ruimte wilden laten voor het particuliere initiatief. Hierbij dachten zij aan de activiteiten van de kruisverenigingen, vooral vanwege hun omvangrijke zuigelingen- en kleuterzorg, activiteiten die in de Structuurnota overigens al niet genoemd waren als mogelijke nieuwe taken voor de gezondheidsdiensten. Aan de activiteiten van de kruisverenigingen, zo stond in een in 1975 aangenomen motie Veder-Smit, moest een ruime en adequate plaats worden gegeven.²¹

Kerkhoff geeft drie verklaringen voor het feit dat dit keer het idee van een landelijk dekkend netwerk het op zichzelf wel haalde in het parlement.²² Ten eerste ondervond het politiek en maatschappelijk weinig weerstand dat de overheid zich steeds meer taken aanmat op het terrein van de volksgezondheid. Het was de tijd van de (maakbare) verzorgingsstaat. Ten tweede was ondanks de hierboven aangehaalde stellingen omtrent het particulier initiatief, de invloed daarvan sterk afgenomen als gevolg van de ontzuiling en vanwege de omstandigheid dat het inmiddels door een omvangrijke subsidiëring en bijbehorende regelgeving in sterke mate verstatelijkt was. En ten derde leken de particuliere instellingen min-

20 *Kamerstukken II 1973/74, 13 012, nr. 2, p. 16-17.*

21 *Kamerstukken II 1974/75, 13 012, nr. 9 (motie Veder-Smit).*

22 Kerkhoff 1994, p. 82.

der bevreesd te zijn dan voorheen voor inmenging van de gemeentelijke overheid.

In 1976 wordt een voorstel ingediend voor de in de structuurnota aangekondigde voorzieningenwet: de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG). De staat wilde hiermee een allesomvattend planningsinstrument voor de gezondheidszorg scheppen. Aan de openbare gezondheidsdiensten – de naam was ondertussen gewijzigd in basisgezondheidsdiensten – wordt in hoofdstuk IX van de wet in enkele artikelen summier aandacht geschonken. De gemeenten moeten basisgezondheidsdiensten instellen of in stand houden. Zij moeten ze in ieder geval een zestal traditionele taken laten uitvoeren: op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, infectieziektebestrijding, sanitaire controles en technisch-hygiënische zorg, het bevorderen van de hygiëne en psychohygiëne, collectief preventieve zorg voor jeugdigen en andere risicogroepen, advisering aan gemeenten en provincies. Een rijtje taken dat aanmerkelijk korter is dan de opsomming van taken of mogelijke taken in de Structuurnota, waarbij ook nog komt dat bij AMvB kan worden bepaald of en in hoeverre de infectieziektebestrijding en de zorg voor jeugdigen en risicogroepen door andere instellingen kunnen worden verricht. Deze weinig ambitieuze taakomschrijving was het gevolg van de voorkeur van de confessionele partijen en de VVD voor het particulier initiatief, zoals blijkt uit de motie Veder-Smit. Hoe verstatelijkt dat ‘p.i.’ ook was, publieke gezondheidszorg, althans de uitvoering daarvan, mocht geen overheidsmonopolie zijn. Zoals bekend zal zijn is de wet aangenomen in 1982, op enkele kleine onderdelen na nimmer geheel in werking getreden en in 1996 weer ingetrokken.

2.5 1980: Schets basisgezondheidsdiensten

Als uitvloeisel van de motie Veder-Smit, waarin de regering ook werd verzocht een nadere uiteenzetting te geven over de mogelijke takenpakketten van openbare gezondheidsdiensten, verscheen in 1980 een nota over de basisgezondheidsdiensten, de *Nota schets van het beleid*, een voorzichtige benaming waarmee een kabinetsdiscussie over private dan wel publieke uitvoering werd vermeden.²³ De aan de motie ten grondslag liggende gedachte was, zo vermeldt de Schets in het voorwoord, dat ‘taken op het gebied van de collectief-preventieve gezondheidszorg slechts aan openbare gezondheidsdiensten moeten worden toevertrouwd, nadat is komen vast te staan dat deze taken niet even goed of beter door particuliere organisaties, zoals de kruisverenigingen, zouden kunnen worden uitgevoerd’. De nota gaat daarom wel over de diensten, maar begint met een exposé over de karakteristieken van basisgezondheidszorg en geeft vervolgens een viertal, voornamelijk vage criteria op grond waarvan een taak op het gebied van die zorg zou kunnen worden toebedeeld aan de diensten dan wel aan het particulier initiatief. Het geheel geeft vooral de indruk dat de kool en de geit, concreet

23 *Kamerstukken II 1979/80, 16 088, nr. 2.*

gesproken: de kruisverenigingen, gespaard moesten blijven, al wordt in het vervolg van de nota het takenpakket van de diensten wel uitgebreid met de dan nog (grotendeels) particuliere tuberculosebestrijding en geslachtsziektebestrijding. Hun privaatrechtelijke ordening werd niet beschermd door een motie. Vooral de organisatie voor de tuberculosebestrijding was bovendien door de snelle terugloop van het aantal gevallen zeer kwetsbaar geworden en moest in een groter verband worden opgevangen. Invoeging van beide in de basisgezondheidsdiensten vond de staatssecretaris daarom vanuit doelmatigheidsoogpunt gewenst mede gezien de noodzaak van een epidemiologische benadering. Basisgezondheidszorg wordt in de nota 'uitvoeringsneutraal' beschreven als 'dat deel van het complex van activiteiten en maatregelen op het gebied van de volksgezondheid (gezondheidszorg en gezondheidsbescherming) dat zich richt op bepaalde groepen uit de samenleving en om redenen van bestuur, methodiek, efficiency en effectiviteit tot een takenpakket bijeengebracht wordt'. Aan het idee van een landelijk dekkend netwerk van openbare gezondheidsdiensten, zonder uitvoeringsmonopolie, werd niet getornd, ondanks de discussies over de vraag welke organisatie nu wat moest doen.

2.6 1981: Stimuleringsregeling basisgezondheidsdiensten

In 1981 kwam de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten tot stand. Deze was gericht op totstandkoming van diensten met aansluitende werkgebieden. De regeling hield in dat het Rijk aan gemeenten geld ter beschikking stelde voor overleg over de oprichting van een dienst en een eenmalig bedrag per inwoner dan wel eenmalig een bedrag voor fusie van voor 1981 bestaande diensten. Dat hielp: in 1989 was het gehele land op enkele kleine enclaves na bedekt met een netwerk van gezondheidsdiensten. Een belangrijk bijkomend gevolg van de Stimuleringsregeling was dat ook de schoolartsendiensten, die goeddeels onafhankelijk van de gezondheidsdiensten waren ontstaan en opereerden, geïncorporeerd waren. Ook daarvoor ontvingen de gemeente namelijk een eenmalige uitkering. In 1985 werd de regeling bovendien uitgebreid tot de financiering van algemene preventieve zorg, ook voor bestaande diensten. Onder algemene preventieve zorg werd onder andere verstaan het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, de technisch-hygiënische zorg en de adviesfunctie van de diensten. Daardoor werd de afhankelijkheid van de diensten van het Rijk vergroot, maar werd ook de greep van het Rijk op de diensten versterkt. Naast de financiering van de algemene preventieve zorg subsidieerde het Rijk namelijk, behalve enkele projecten, ook de jeugdgezondheidszorg voor kinderen vanaf de leeftijd van vier jaar, de jeugd tandzorg, de geslachtsziektebestrijding, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de tuberculosebestrijding, de aids-bestrijding, de epidemiologie, en de medisch-milieukundige zorg.²⁴

24 *Kamerstukken II 1988/89, 20 977, nr. 2, par. 6 (memorie van toelichting WCPV).*

Feitelijk, gezien regelgeving en bekostiging, sloop het Rijk toch richting 'rijksgezondheidsdiensten'. Maar na de uitbreiding van het werkingsgebied van de Stimuleringsregeling gaat de wind in de gezondheidszorg uit een andere politieke hoek waaien.

2.7 1987: Dekker

In 1987 brengt de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) haar advies uit, waarin zij, in plaats van een planningsstelsel, gereguleerde marktwerking voorstelt, naast onder andere een herziening van het verzekeringsstelsel (met een basisverzekering) en een financiering op basis van functies in plaats van op voorzieningen. In het door haar geadviseerde stelsel past volgens de commissie onder meer de 'preventie' niet: 'Doordat preventiefuncties zich overwegend aan de marktwerking onttrekken, zal er op andere wijze in moet worden voorzien. De overheid dient hierbij een specifieke rol te vervullen'.²⁵ Maar ook is het van belang dat 'preventie, en meer in het algemeen gezondheidsbevordering en -bescherming enerzijds en zorgverlening anderzijds, niet uiteen groeien'.²⁶ Het kabinet neemt in zijn reactie op het advies van de Commissie Dekker, de nota *Verandering Verzekerd*, de aanbeveling van de commissie betreffende de preventie over. De Wet voorzieningen gezondheidszorg zal worden ingetrokken, maar de bepalingen daarin over de basisgezondheidsdiensten zal het kabinet in een nieuw wettelijk kader onderbrengen. Het kabinet benadrukt, indachtig de opvatting van de Commissie Dekker, tevens de belangrijke rol die het ziet weggelegd voor gemeenten op het terrein van het openbare gezondheidsbeleid. De gemeentebesturen zullen een sturende rol moeten gaan vervullen wat betreft een samenhangende benadering van gezondheidsdeterminanten en ten aanzien van de afstemming tussen de curatie en de preventie. De gemeenten krijgen daarvoor een wettelijk instrument in handen.

2.8 1989: de Wet collectieve preventie volksgezondheid

Dat instrument is de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) geworden, die met terugwerkende kracht op 1 januari 1989 in werking is getreden. Opvallend aan die wet is vooral het vrijwel compleet terugtrekken van de staat op het gebied van de in die wet geregelde preventieve functies, ten aanzien waarvan zij voor de inwerkingtreding van de WCPV juist dominant aanwezig was. Op de uitoefening van die functies door de gemeenten had zij praktisch geen invloed meer. Deze wel zeer rigoureuze ommekeer kunnen we terugvoeren naar het toen gevoerde financieel-economische (bezuinigings)beleid en meer in het bijzonder naar een saneringsoperatie specifieke uitkeringen. Op grond daarvan kwam

25 Bereidheid tot verandering 1987, p. 159.

26 Bereidheid tot verandering 1987, p. 159.

de toenmalige Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Brinkman, met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) onder meer overeen dat de hierboven genoemde subsidiemiddelen 'ongeoormerkt' in het Gemeentefonds zouden worden gestort, maar niet dan nadat het kabinet daarop een flinke zogenaamde efficiencykorting zou hebben aangebracht.²⁷ Verder speelde de dereguleringspolitiek of -ideologie van het toenmalige kabinet Lubbers een belangrijke rol. Brinkman kwam met de VNG ook overeen dat er per 1 januari 1989 'een qua inhoud en globaliteit met de welzijnswet vergelijkbare wet op de basisgezondheidszorg of collectieve preventie' zou komen.²⁸ In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is (dan ook) een aparte paragraaf (par. 7) aan deregulering gewijd, waarin uitdrukkelijk wordt gesteld dat de 'centrale beïnvloedings- c.q. sturingsmogelijkheden zo beperkt mogelijk zijn gehouden'.

De argumentatie vanuit de preventie zelf voor deze ommezwaai is duidelijk van secundair belang, al geeft de regering in haar memorie van toelichting wel wat argumenten voor de overheveling naar de gemeenten. Zo moeten gescheiden circuits voor curatie en preventie worden vermeden, maar omdat de context van de Wet voorzieningen gezondheidszorg is komen te vervallen, moet daarvoor nu een speciale voorziening worden getroffen. In het bijzonder gemeentebesturen kunnen een sturende functie vervullen om zo'n scheiding te voorkomen (par. 1). Verder komt het tamelijk obligate argument (weer) naar voren dat de lokale besturen het dichtst bij de bevolking en de problematiek in hun gebied staan (par. 2). Dat argument is mijns inziens alleen juist als de problemen en risico's ook lokaal gevoeld worden en hun lokale politieke en bestuurlijke vertaling vinden in acties. En dat bleek, zoals in de jaren daarna duidelijk werd, lang niet altijd het geval. Een ander argument om de collectieve preventie in handen van de gemeentebesturen te leggen vond het kabinet in de hierna nog aan de orde te stellen Nota 2000 uit 1986, waarin een volksgezondheidsbeleid centraal werd gesteld in plaats van een gezondheidszorgbeleid. Ook voor het voeren van zo'n volksgezondheidsbeleid zouden de gemeentebesturen de aangewezen organen zijn, met name vanwege de daarin aanwezige oriëntatie op (de samenhang tussen) de determinanten die de gezondheid bepalen (par. 1). Die visie kwam vanuit financieel en ideologisch oogpunt ook goed uit. Het landelijk dekkend netwerk van gezondheidsdiensten werd in de wet zeker gesteld door op te nemen dat de gemeenteraad diende zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Die plicht ten aanzien van de gezondheidsdiensten werd ook opgenomen om de gemeenten in de gelegenheid te stellen aan hun in de wet neergelegde medebewindstaken ten aanzien van de collectieve preventie naar behoren te voldoen (par. 4). Daarmee kreeg de gezondheidsdienst in wezen ook een zekere taak als waakhond van het Rijk bij de gemeenten.

27 *Kamerstukken II 1987/88, 20 200, hoofdstuk XVI, nr. 165.*

28 *Kamerstukken II 1987/88, 20 200, hoofdstuk XVI, nr. 165 (brief van VNG van 19 mei 1988).*

Maar afgezien van de manoeuvres die met de publieke gezondheidszorg niets te maken hadden, heeft Kerkhoff in zekere zin wel gelijk als hij die wet een mijlpaal noemt in de geschiedenis van de gemeentelijke gezondheidszorg.²⁹ In zekere zin, want de gemeentelijke gezondheidszorg kwam daardoor niet direct tot bloei, zoals men nog zou merken. De betekenis van de wet – of zij nou goed of slecht in elkaar zit en of men zo’n wet nou goed of slecht voor de volksgezondheid vindt – ligt vooral hierin dat voor het eerst de publieke gezondheidszorg een eigen constitutionele wettelijke grondslag kreeg. Een wet die haar een eigen bestuurlijk kader gaf, de basis voor een eigen regelgeving en een eigen financiering. Ik zal de wet na de schets van de historie dan ook nader bespreken.

2.9 1983-1995: nota's van het Rijk

Op het terrein van het volksgezondheidsbeleid zat het Rijk ondertussen niet stil. In 1983 bracht het kabinet de nota *Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* uit. Daarin pleitte het voor versterking van de preventie, vooral vanwege het feit dat die relatief goedkoop was. Dat ligt anders in de al genoemde *Nota 2000, over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid; feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*.³⁰ Deze nota steunt in sterke mate op de *Health-for-all-by-the-year-2000*-strategie van de World Health Organization, met haar oriëntatie op gezondheidsbevordering, en op de visie van Lalonde. Deze inspiratiebronnen leidden tot een nota waarin het kabinet pleitte voor een accentverlegging van zorgbeleid naar gezondheidsbeleid. Het nieuwe beleid zou naast een stelselwijziging met betrekking tot de ziektekostenverzekering en een krachtige ontwikkeling van de informatievoorziening, vooral gekenmerkt worden door een versterking van de preventie en het facetbeleid en door een voorzieningenbeleid dat primair stoelt op de gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. De term facetbeleid doet met deze nota officieel zijn intrede. Door middel van facetbeleid wilde het ministerie van Volksgezondheid gericht samenwerken met andere ministeries en relevante organisaties om de volksgezondheidscomponent in hun beleid zichtbaar te maken en te versterken. Hoewel de nota veel invloed had op het denken over volksgezondheid, lukte het niet om de prioriteiten te verleggen van gezondheidszorg naar gezondheidsbeleid. De problemen op het gebied van de zorg overheersten en met het rapport van de Commissie Dekker richtte de aandacht zich weer overwegend op dat veld, zij het dat in de marge van de debatten over de stelselherziening, zoals we zagen, de WCPV tot stand kwam.

Nadat het Rijk met de WCPV een groot deel van het preventiebeleid had overgedaan aan de gemeenten, presenteerde staatssecretaris Simons in 1992 toch weer een nota preventiebeleid, *Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren negentig*, waarin hij zich moest beperken tot het gebied dat niet was

29 Kerkhoff 1994, p. 85.

30 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 500, nrs. 1 en 2.

geregeld in de WCPV en dat dus binnen zijn bereik was gebleven: de begrotings- en premiegefinancierde preventie.³¹ Het ministerie bracht met het oog daarop een terminologische scheiding aan tussen collectieve preventie (uit de WCPV): preventieve activiteiten van GGD'en gebaseerd op collectieve risico's en programmatische preventie (preventieve activiteiten binnen de gezondheidszorg volgens een bepaald programma en gericht op een risicogroep). Het onderscheid is, zoals we al in de inleiding aangaven, politiek en niet inhoudelijk van aard: de gemeenten moesten niet de indruk krijgen dat het Rijk op hun gebied actief wilde worden. Het rijksbeleid richtte zich op preventie in de eerste lijn (o.a. huisarts, thuiszorg), preventie van psychische en psychosociale gezondheidsproblemen en preventie bij ouderen. Het is een beetje miezerige nota, veel visie straalt ze niet uit. Dat kwam ook door het kabinetsbeleid gericht op een terugtrekkende overheid. De rijksoverheid kan, zo schrijft de staatssecretaris, terugtreden op deelgebieden van de uitvoering. Partijen (zorgverzekeraars en -aanbieders) zullen steeds meer in onderling overleg preventieprogramma's uitvoeren. 'Ik reken er op dat zorgverzekeraars een redelijke investering zullen plegen in de preventieactiviteiten van zorgaanbieders', stelt Simons in paragraaf 3.5.4. van de nota. Zoveel mogelijk preventieve activiteiten moeten in het kader van de zorgverzekering worden geregeld. De rol van de rijksoverheid omschrijft hij 'als een bewaker van het proces van de versterking van de preventie'. Die rol hield onder meer in dat het Rijk de financiering van preventie is algemene zin moest regelen, landelijke programma's moest vaststellen, de regie moest voeren over nationale organisaties (o.a. koepels, beroepsverenigingen) en advies- en uitvoeringsorganen, de nationale ondersteuningsstructuur in stand diende te houden en de landelijke onderzoeksprogramma's behoorde vast te stellen. En verder lag op de weg van de rijksoverheid het ontwikkelen van facetbeleid, de evaluatie van het preventiebeleid en het ontwikkelen van een specifiek kwaliteitsprogramma.

In de nota *Gezond en Wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998* ziet het preventiebeleid van het Rijk er inhoudelijk weer heel wat concreter uit: anti-rookbeleid, verbetering van voedings- en drinkgewoonten, bevorderen van de lichamelijke activiteit, veiligheid, preventie van chronische ziekten, naast de programmatische preventie in de extramurale zorg en de preventie op het terrein van sociale zekerheid en arbeid.³² De minister had inmiddels voorts een standpunt over de financiering van preventie: financiering van preventieactiviteiten die niet tot individuen herleidbaar zijn is een verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten; preventie die wel herleidbaar is tot individuen is in principe een zaak van de ziektekostenverzekeraars. Dat laatste hield volgens haar in dat zowel de individuele als de collectief/programmatische preventie die individueel wordt aangeboden, zoals de jeugdgezondheidszorg, in beginsel premie-gefinancierd zou moeten worden.

31 *Kamerstukken II 1992/93, 22 894, nr. 1.*

32 *Kamerstukken II 1994/95, 24 126, nr. 1.*

2.10 1992: *polio*

Over de organisatie van de publieke gezondheidszorg reppen beide gezondheidsnota's niet. In de nota uit 1992 wijst de staatssecretaris erop dat er geen helder beeld is van de daadwerkelijke ontwikkeling van de collectieve preventie sinds de inwerkingtreding van de WCPV. In dat jaar zal er geëvalueerd worden. Dan breekt in september 1992 een polio-epidemie uit, de eerste sinds 1978. Het aantal gevallen (68) valt wel mee, maar de maatschappelijke onrust in vrijwel het gehele land is enorm, ondanks het feit de meeste gevallen zich voordoen in de 'bible belt', waar de vaccinatiegraad vanwege geloofsredenen (veelal) te laag is om groepsbescherming te kunnen bieden. Die onrust werd mede veroorzaakt door de verwarring in het kamp van de bestrijders van de epidemie. Er bleek vrijwel niets (meer) geregeld te zijn voor een landelijk gecoördineerde aanpak van epidemieën. In de WCPV was de gehele infectieziektebestrijding gedecentraliseerd naar de gemeenten, maar een kenmerk van bacteriën en virussen is dat zij zich van gemeentegrenzen niets plegen aan te trekken. De gedecentraliseerde WCPV-structuur faalde derhalve totaal en een landelijke ad-hocwerkgroep moest *à l'improviste* de coördinatie verzorgen.³³ Dit leidde in de jaren daarna tot een buitenwettelijke reparatie in de vorm van een landelijke coördinatiestructuur, die hierna aan de orde komt.

2.11 1993: *evaluatie WCPV*

In een eerste evaluatie van de WCPV in 1993 constateren de onderzoekers een toegenomen financiële betrokkenheid van gemeenten bij collectieve preventie, maar weinig inhoudelijke interesse.³⁴ Zij zien ook een grote diversiteit in de wijzen van uitvoering. Die vloeit uit de wet voort. Zij schiep immers mogelijkheden voor aanpassing van interventies aan de lokale situatie. De onderzoekers zien daarin echter ook een gevaar: de wettelijke vrijheid brengt het risico mee van een 'minder dan minimale' uitvoering. De financiële middelen voor collectieve preventie blijken wat te zijn toegenomen, maar de GGD'en ervaren 'de deregulering als een toename van hun kwetsbaarheid ten opzichte van andere lokale beleids-terreinen'. Van de in de WCPV voorgeschreven afstemming tussen de collectieve preventie en curatieve zorg is niet veel terechtgekomen wegens de open wijze van de taakomschrijving en het ontbreken van sanctiemogelijkheden. Het facetbeleid is niet van de grond gekomen en de geleverde informatie is slechts gedeeltelijk geschikt voor het volgen van de ontwikkelingen op het gebied van de collectieve preventie. De onderzoekers bevelen onder meer schaalvergroting van de GGD'en aan voor het oplossen van knelpunten op het gebied van de afstemming tussen preventie en curatie, van het facetbeleid, de infectieziektebestrijding en

33 Hurman 1993.

34 De werking van de WCPV 1993.

milieuhygiënische taken, meer aandacht van de centrale overheid voor de vereiste sturing en het formuleren van minimale kwaliteitsnormen, met name minimumeisen waaraan de uitvoering van de infectieziektebestrijding dient te voldoen.

De staatssecretaris koos in zijn reactie voor handhaving van de bestaande wettelijke structuur, maar kondigde aan meer helderheid te willen brengen in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de rijksoverheid, de gemeentebesturen en de landelijke organisaties. Ook deelde hij mee dat hij de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg onder de werkingssfeer van de voorgenomen Kwaliteitswet zorginstellingen wilde brengen (hetgeen in 1996 is gebeurd).³⁵ Zijn opvolger, minister Borst, doet vervolgens in oktober 1994 aan de Tweede Kamer de toezegging dat zij de geneeskundige inspectie een onderzoek zal laten instellen naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan hun bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de collectieve preventie.³⁶ Het zou in dat onderzoek moeten gaan om 'de standaardisatie van de verschillende manieren' waarop GGD'en de gedecentraliseerde beleidsvorming invullen. De VNG valt uiteraard onmiddellijk over deze in haar ogen in zichzelf strijdige formulering en wijst erop dat de minister het principe van decentralisatie fundamenteel anders interpreteert dan naar het oordeel van de VNG in de WCPV is vastgelegd. Maar de minister volgt niet de VNG, maar wel de kamerleden die tijdens het debat meermalen hebben aangegeven dat gezien het evaluatierapport naar hun oordeel meer landelijke sturing en regie noodzakelijk lijkt. Er zouden duidelijke randvoorwaarden en kwaliteitseisen gesteld moeten worden. Daarover had de VNG al eerder gezegd dat de eigen beleidsruimte van het gemeentebestuur niet via sectorale regelgeving opnieuw moest worden gereguleerd.³⁷

2.12 1995: inspectierapport

Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg *Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie* komt eind 1995 uit en geeft bepaald geen vrolijk beeld van de gemeentelijke publieke gezondheidszorg.³⁸ Er blijken grote verschillen te bestaan in de mate van betrokkenheid van gemeentebesturen bij de collectieve preventie. De verschillen kan de inspectie niet verklaren aan de hand van structurele kenmerken zoals het type gemeenschappelijke regeling, de grootte van de GGD(-formatie) of het aantal gemeenten in het verzorgingsgebied. Collectieve preventie/gezondheidsbeleid neemt als afzonderlijk beleidsterrein bij gemeenten een bescheiden plaats in. Veelal ontbreekt bij gemeenten een visie op gezond-

35 Brief Staatssecretaris van WVC aan Tweede Kamer, d.d. 30 december 1993, PAO/GZ 93-11123.

36 *Kamerstukken II* 1994/95, 22 894, nr. 7.

37 Brief VNG aan de leden d.d. 2 december 1994, Lbr. 94/282.

38 *Gemeentelijke betrokkenheid 1995; Kamerstukken II*, 1995-1996, 22 894, nr. 10.

heidsbeleid. Initiatieven hiervoor gaan vaak uit van de GGD. 'Het lijkt erop dat de GGD de gemeente op dit vlak aanstuurt, in plaats van andersom.' Wethouders hebben vaak een eenzijdige kijk op gezondheidsproblemen. Ze zien verslavingen (drugs en alcohol) verreweg als de belangrijkste gezondheidsproblemen, hetgeen volgens de Inspectie onmiskenbaar samenhangt met de maatschappelijke overlast die verslaafden veroorzaken. Door de combinatie van een gebrek aan visie en teruglopende middelen lijkt het niet zozeer te gaan om de vraag hoe bepaalde beleidsdoelstellingen kunnen worden gerealiseerd, maar hoe de GGD met een minimum aan middelen in stand kan worden gehouden. Facetbeleid is op lokaal niveau nog zwak ontwikkeld. Driekwart van de bevraagde gemeenten betreft de GGD niet bij de gezondheidskundige afweging van beleidsvoornemens. En, als respectievelijk eerste en laatste conclusie: 'Het ontbreekt in Nederland aan een algemeen gedragen opvatting over de plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg, zodat er nauwelijks een referentiekader bestaat voor de noodzakelijke gedachtewisseling tussen bestuurders en uitvoerders' en 'Zowel van bestuurlijke als van uitvoerende zijde is behoefte aan meer centrale sturing van de collectieve preventieve zorg.'

2.13 1996: Commissie Lemstra

Het rapport van de Inspectie was voor minister Borst aanleiding tot instelling in 1996 van de Commissie Versterking Collectieve Preventie, in de wandeling naar haar voorzitter de Commissie Lemstra genoemd. Deze kreeg als opdracht mee een visie te ontwikkelen op de manier waarop de collectieve preventie versterkt onder de lokaal bestuurlijke aandacht kan worden gebracht en deze visie uit te werken tot een actieprogramma. De opdracht is beperkt in zoverre dat de commissie de in de WCPV neergelegde taaktoedeling aan gemeenten duidelijk niet fundamenteel kritisch dient te beschouwen. Eind 1996 brengt de commissie haar advies *Gemeentelijk Gezondheidsbeleid: Beter op zijn plaats* uit.³⁹ Ingevolge haar taakopdracht neemt de commissie de taak van de gemeentelijke overheid zoals neergelegd in de WCPV als uitgangspunt. Zij acht die vervolgens niet alleen specifiek en onmisbaar, maar ook onvervreemdbaar. Aan de sterke, volgens de Inspectie doorgeschoten, decentralisatie die de WCPV heeft veroorzaakt mag in de opvatting van de commissie dus niet getornd worden. Binnen de bestaande structuur moet naar de relatie rijk-gemeenten en naar de relatie GGD-gemeenten worden gekeken.⁴⁰ Over de plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg laat de commissie zich verder (dan ook) niet uit. Maar wel beveelt zij de oprichting aan van een tijdelijk platform dat daarover een debat moet voeren.

De gemeenten moeten opdracht krijgen het eigen gezondheidsbeleid vast te stellen en neer te leggen in een periodieke nota gezondheidsbeleid. Dat beleid zou

39 Beter op zijn plaats 1996.

40 Beter op zijn plaats 1996, p. 23.

onderdeel moeten zijn van integraal beleid op zoveel mogelijk terreinen. De plaatselijke overheid zal voorts vorm dienen te geven aan haar regierol. Structureel overleg met de regionale zorgverzekeraar is nodig vanwege de grote invloed die deze heeft op de lokale gezondheidszorg. Het Rijk zou aan zijn verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg vorm moeten geven door niet alleen voorwaardenscheppend actief te zijn, maar ook duidelijke ambities te tonen en eigen beleidsdoelen te formuleren (mits die de gemeentelijke autonomie niet aantasten, mogen we aannemen). De zorg voor de kwaliteit is in de ogen van de commissie terecht niet vastgelegd in eisen van het Rijk aan de gemeenten. In een andere aanbeveling beveelt zij echter protocollering en het ontwikkelen van (landelijke) standaarden aan. De gemeente heeft voor haar wettelijke taak een ambtelijk-professioneel apparaat nodig. Dat vraagt enerzijds om een bevestiging van het primaat van de politiek, anderzijds vraagt het om een gezondheidsdienst met een uitvoerende en beleidsvoorbereidende taak. De GGD-professionals zullen met het oog op het voorgaande hun ambtelijke kwaliteiten moeten verbeteren, met andere woorden zij zullen moeten leren (maatschappelijke) problemen te vertalen in bestuurlijke problemen.

De commissie sluit haar advies af met de constatering dat 'andere actoren vreemd aankijken tegen de *triple*-rol van de gemeenten – beleid, beheer en uitvoering – en de "dubbele dubbelrol" van de GGD – beleidsdienst en uitvoerende dienst c.q. zorginstelling en gemeentelijke dienst'. Zij wil daarmee kennelijk zeggen dat die andere actoren daaraan maar moeten wennen en sluit af met een herhaling van haar uitgangspunt: 'Toch zijn er kansen en in elk geval is er de onvervreemdbare taak: dat wat beter plaatselijk kan en wat plaatselijk kan worden gedaan aan "beter" zijn en blijven.' Met deze hinkende formulering duidt de commissie kennelijk op het subsidiariteitsbeginsel. Zulk soort formuleringen lijken een kenmerk van het rapport. Je moet vele zinnen ook drie keer lezen om min of meer te snappen wat er staat. Maar het heeft duidelijk een typisch particularistische toon. Daarmee past het in de traditie van het Nederlandse bestuur en in de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg die zoals we hiervoor zagen zich ontwikkeld heeft dankzij beleid van lokale overheden en dat van de staat. Maar die ontwikkeling leverde wel een, zoals de commissie dat noemt, eeuwige strijd op.⁴¹ Strijd is evenwel in de ogen van de commissie onnodig als je maar met de juiste blik, dat wil zeggen vanuit het lokale niveau, naar de problematiek kijkt.⁴² De lokale bijdrage aan de openbare gezondheidszorg is specifiek: 'het gaat niet om een centrale taak die decentraal uitgevoerd wordt'.⁴³ 'Wie te zeer met een centrale blik naar het lokale niveau kijkt, vindt het niet wenselijk dat er al te grote verschillen bestaan in het beleid tussen gemeenten en zal die verschillen zeker niet als vruchtbaar zien.'⁴⁴ Dat leidt dan naar 'de behoefte – ondermeer bij

41 Beter op zijn plaats 1996, p. 21

42 Beter op zijn plaats 1996, p. 22.

43 Beter op zijn plaats 1996, p. 12.

44 Beter op zijn plaats 1996, p. 22.

de inspectie – aan *egalisering* van het gemeentelijke preventiebeleid (verwijzend naar het gevaar van rechtsongelijkheid). ‘Daar tegenover staan de gemeenten die – zoals het inspectierapport ons leert – vooral geïnteresseerd zijn in gezondheidszorg als ze daar op andere terreinen voordeel van verwachten.’ Die houding van gemeenten wordt naar de mening van de commissie op zijn minst voor een deel ingegeven ‘door de feitelijke problematiek in stad en dorp en al evenzeer door de feitelijke mogelijkheden van de lokale instrumenten’. ‘Wie van gemeenten meer verlangt zal bij de feitelijk beleefde probleemperceptie moeten aansluiten en voor de oplossing van die problemen een bijdrage in huis moeten hebben.’⁴⁵ De commissie pleit voor een situatie dat het beleid voor de publieke gezondheidszorg lokaal gevormd moet worden en dus kan en mag leiden tot verschillen tussen gemeenten. De staat mag daarop een aanvulling geven mits hij uitgaat van de gemeentelijke probleempercepties.

Op de twee belangrijkste, hierboven weergegeven conclusies van de Inspectie gaat de commissie in zoverre in, dat zij op de eerste als antwoord geeft dat plaats en inhoud niet alleen op zichzelf goed zijn maar zelfs ‘onvervreemdbaar’, behoudens nog wat verdere uitwerking, en dat de tweede conclusie, de geconstateerde behoefte aan meer centrale sturing, niet deugt. Dat leverde scherpe kritiek op. Het rapport bevat geen enkele concrete, fundamentele aanbeveling over het hoe en waarom van bestuur en organisatie en evenmin een notie over een heldere en evenwichtige rolverdeling tussen Rijk en gemeenten.⁴⁶ Lemstra gooit alles op de grote hoop. Ook de complexe en onheldere relatie tussen gemeente en GGD laat de commissie voor wat zij is. Een cruciale misgreep acht Lieber het institutionele uitgangspunt van de commissie (dat zij functioneel noemt), namelijk de onvervreembare taak van de gemeenten. Dat uitgangspunt wordt tot dogma verheven, of dat nu ‘functioneel’ is voor alle functies in de openbare gezondheidszorg of niet. De commissie had een gedifferentieerde ordening en aansturing van deze functies moeten leveren met een glasheldere rolverdeling tussen rijk, gemeente en GGD. ‘Zelfs de VNG lijkt te erkennen dat het niet voor de hand ligt elke gemeente de volstreekte vrijheid te laten om wel of niet te investeren in bijvoorbeeld de bestrijding van tuberculose.’ Volgens Hurman is de feitelijke voortgang tussen medio 1993 (evaluatie WCPV) en eind 1996 (rapport Lemstra) weinig meer dan nul.⁴⁷ Dat is volgens hem een gevolg van ‘kokerdenken’. De premisse luidt dat niet buiten de paden van de WCPV getreden mag worden en daardoor komen de problemen die die wet veroorzaakt niet binnen het blikveld van de commissie. Het onbehagen en de ontevredenheid met vooral de huidige relatie GGD’en-gemeenten is volgens hem groot. Maar Hurman hoort de spraakmakers in het veld voortdurend debatteren over een drietal veranderopties (die de commissie geen of nauwelijks een blik waardig acht): de professionele optie – schaalvergroting, al dan niet in combinatie met het terugdringen van de rol van

45 Beter op zijn plaats 1996, p. 22.

46 Lieber 1997, p. 25-29.

47 Hurman 1997a, p. 7-11.

de gemeenten; de recentralisatieoptie – recentralisatie van een deel van de gemeentelijke taken, met name de infectieziektebestrijding, en de marktoptie – de taken op het gebied van openbare gezondheidszorg kunnen gewoon aan de vrije markt worden overgelaten. De dominante positie wordt evenwel volgens hem ingenomen door degenen die vinden dat de bestaande constructie de beste is (hetgeen dus pleit voor het inzicht van de commissie op dit punt, zou ik menen). Zijn oplossing vindt hij even simpel als doeltreffend: schrap de verplichting van gemeenten om een GGD in stand te houden, maar omschrijf scherper de zorgplicht van gemeenten om relevante diensten te leveren aan hun burgers en toets de uitvoering van die taak ook beter. Dat levert waarschijnlijk ‘een prettig gevarieerd, en ook dynamisch, eindresultaat op’ en geeft ruimte aan ‘inspirerende en ondernemende leiders op dit terrein’. Doorgaan op de weg van de Commissie Lemstra leidt in zijn ogen tot langzame verstikking van de openbare gezondheidszorg in Nederland.

2.14 1997: actieprogramma Borst

Minister Borst gaf haar standpunt over het rapport van de Commissie Lemstra in een brief van 20 mei 1997.⁴⁸ Zij onderscheidt daarin drie hoofdthema's in het rapport: de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid, de verantwoordelijkheden van het Rijk en de uitvoering door de GGD. Ten aanzien van de gemeentelijke verantwoordelijkheid merkt zij op dat de gemeente voor velen de meest nabije en concrete manifestatie is van de overheid. Gemeenten zijn bovendien in staat om de relatie te leggen met de terreinen die de gezondheid en het welbevinden van de burgers in de lokale omstandigheden beïnvloeden. Dat is de potentie en de positieve kant van het gedecentraliseerde collectieve preventiebeleid. Zij wil daarom geen fundamentele wijzigingen aanbrengen in de verantwoordelijkheden die in medebewind zijn opgedragen aan de gemeenten. Wel heeft zij zorgen over het functioneren van een aantal GGD'en en mede daarom wil zij beter gaan vastleggen wat er precies van de gemeenten verwacht wordt. Voor het Rijk bestond er een negental taken op het gebied van de preventie. Zij herhaalt het rijtje dat haar voorganger Simons had gegeven in zijn preventienota uit 1992 (o.a. het vaststellen van landelijke prioriteiten en een landelijk onderzoeksprogramma alsmede de instandhouding van de ondersteuningsstructuur). Zij wil deze landelijke verantwoordelijkheden voor de preventie nu wettelijk verankeren. In de dan geldende WCPV wordt er namelijk met geen tittel of jota over gerept. Over de uitvoering van de taken op het gebied van de collectieve preventie door de GGD'en constateert zij dat de WCPV de gemeenten wel een zeer ruim kader geeft voor de invulling van hun verplichtingen. Afgezien van de zorgen die de Inspectie in 1995 in haar rapport uitte, hadden haar ook meer recent signalen over GGD'en die in een zorgwekkende toestand verkeerden bereikt. Zij wil

48 *Kamerstukken II 1996/97, 22 894, nr. 13.*

daarom specifiekere afspraken maken over de uitvoering van de taken en over het minimumniveau van dienstverlening dat daarbij moet worden gehanteerd. Zij wil bovendien meer informatie hierover ontvangen en zij zal het toezicht op de GGD'en verscherpen.

Haar standpunt werkte zij in de genoemde brief vervolgens uit in een actieprogramma *Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid*. Een belangrijke actie daaruit betrof het uitwerken van kwaliteitsnormen voor de in de WCPV genoemde preventietaken, de zogenoemde basistaken. Zij wilde die verankeren in de WCPV en de bijbehorende algemene maatregelen van bestuur (AMvB's). Het staatstoezicht moet voor zijn toezicht kunnen beschikken over een referentiekader en dwangmiddelen – de WCPV was (en is) een sanctieloze wet – en daartoe wilde zij alle uitvoerende taken genoemd in de WCPV onder werking van de Kwaliteitswet zorginstellingen brengen. De rijksverantwoordelijkheden zouden in de WCPV worden opgenomen. En zij zou op aanbeveling van de Commissie Lemstra een tijdelijk platform instellen om de discussie over de plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg vorm te geven.

Het programma van Borst leidde bij Huurman tot verontwaardiging. Het ademt de sfeer van recentralisatie en versterking van professionele macht.⁴⁹ 'Borst kiest onverhuld voor meer regels, meer centrale sturing en minder autonomie van gemeenten'. Dat was niet onjuist opgemerkt, zoals we nog zullen zien in het uiteindelijke wettelijke resultaat. Maar Huurman kon met deze opmerkingen ook wel gemakkelijk scoren. Er waren immers nauwelijks regels en centrale sturing ontbrak geheel en al. Het programma werd in de jaren daarna afgewerkt. Het door Borst aangekondigde platform is ook ingesteld en heeft in 2000 een visiedocument het licht laten zien dat aanmerkelijk concreter is dan het advies van de Commissie Lemstra (hoewel de auteur van beide stukken dezelfde is).⁵⁰ Het biedt vooral een nuttige beschrijving van de potenties, de kansen en de activiteiten voor publieke gezondheidszorg. Het platform beval voortzetting aan van zijn activiteiten via een zogenoemd Nationaal Contract. Dat is er ook gekomen en heeft een aantal zinvolle projecten opgeleverd. Maar het heeft, anders dan de naam doet vermoeden, niet een belangrijke impuls aan de publieke gezondheidszorg gegeven.

2.15 2001-2002: aanpassing van de WCPV

Eind 2001 diende de regering, als formele neerslag van het actieprogramma, haar voorstel in tot wijziging van de WCPV.⁵¹ Belangrijke wijzigingen betroffen de herformulering van een aantal al in de bestaande wet genoemde gemeentelijke taken – met name van belang was het voorstel tot verankering van een zogenoemd basistakenpakket voor de gehele jeugdgezondheidszorg, voor nul- tot negentien-

49 Huurman 1997b, p. 32.

50 Spelen op de winst 2000.

51 *Kamerstukken II* 2001/02, 28063, nrs. 1, 2 en 3.

jarigen –, de introductie van de mogelijkheid de jeugdgezondheidszorg geheel of deels door een andere instelling dan de GGD te laten uitvoeren en de opdracht aan gemeenten om iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Daarmee werden ze uitgenodigd ‘hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren’.⁵² Een tamelijk pikante opmerking omdat zowel uit de evaluatie in 1993 als uit het onderzoek van de Inspectie in 1995 met zoveel woorden naar voren was gekomen dat heel wat gemeenten geen of nauwelijks ambities hadden. Op deze wettelijke verplichting anticipeerden veel gemeenten overigens al geruime tijd. In zo’n nota diende de gemeente ten minste aan te geven hoe zij de collectieve preventietaken zou uitvoeren, maar het gemeentebestuur moest meer omvatten dan dat. Gemeenten zouden ook gestalte moeten geven aan volksgezondheidsfacetbeleid en aan onder andere samenwerking met zorgverzekeraars. En, tot slot, het Rijk had zichzelf, buiten die van louter wetgever en toezichthouder, weer een rol ten aanzien van collectieve preventie toegedacht. Het Rijk zou de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie gaan bevorderen, waarbij gedacht moest worden aan activiteiten van gesubsidieerde landelijke instellingen voor onderwijs, opleiding en onderzoek en aan een platform- en overlegfunctie. Daarnaast zou het Rijk voortaan eens per vier jaar landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie formuleren. Bij de behandeling van de wet ga ik op een aantal onderwerpen nader in. Uit het ‘veld’ rezen tegen de voorstellen na zoveel jaren discussie nauwelijks bezwaren. In de memorie van toelichting stond laconiek dat de wetswijziging behoudens de overheveling van een deel van de jeugdgezondheidszorg uit de AWBZ geen financiële gevolgen zou hebben voor gemeenten. De VNG en GGD Nederland, de vereniging voor GGD’en, vroegen uiteraard wel om meer geld. De gemeenten zouden niet alleen door de nieuwe taken ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg zwaarder belast worden, maar ook in het algemeen door de nieuwe eisen die gesteld werden aan de vervulling van de gemoderniseerde WCPV-taken. Dat geld hebben ze niet gekregen, behoudens een enkele uitbreiding van middelen die al was toegezegd.

Het voorstel bleek in de Tweede Kamer op brede instemming te kunnen rekenen, maar het kwam er toch niet zonder wijzigingen doorheen. Dat was vooral het werk van het kamerlid Hermann van GroenLinks, die in feite als sociaal geneeskundige en oud-GGD-directeur van de woordvoerders de enige deskundige op het gebied van de WCPV was. Zij diende, op een (ingetrokken) motie van D66 na, alle amendementen in of was er de motor achter. Maakte men zich in 1989 ten tijde van de behandeling van de originele WCPV nog druk over punten als decentralisatie en deregulering, nu maakte niemand daar meer een woord vuil aan. Integendeel, er moest niet minder maar meer in de WCPV. De zekere mate van ‘herregulering’ en recentralisatie die in het wetsvoorstel was verpakt, werd door de amendementen nog wat versterkt. Zo wilde een kamermeerderheid dat

52 *Kamerstukken II 2001/02, 28063, nr. 3, p. 6 (memorie van toelichting WCPV).*

de uitwerking van de taken voor medische-milieukunde, de technische hygiënezorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg en de infectieziektebestrijding niet in een AMvB werd verpakt, zoals de bedoeling was, maar in de wet zelf. Minister Borst zag meer in een flexibeler algemene maatregel maar verzette zich niet. Meer dan symbolische betekenis heeft een en ander niet. De indieners van het desbetreffende amendement wilden blijkens de toelichting dat 'de overheid duidelijk zegt waar zij voor staat en zichzelf als uitvloeisel daarvan heldere en circumscribeerde taken stelt waarop zij kan worden aangesproken'.⁵³

Van belang was wel een motie Hermann die tot doel had de definitie van collectieve preventie te laten aansluiten bij de gangbare omschrijving van publieke gezondheidszorg. Deze werd met instemming van de minister overgenomen: 'bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking'.

Het voorstel voor een nieuw, inderdaad nogal mager artikel dat twee hiervoor genoemde taken van het Rijk vastlegde vond bij een kamermeerderheid ook geen genade. Een amendement voegde toe dat het ook ten minste eenmaal per vier jaar een landelijk onderzoeksprogramma moest vaststellen, de landelijke ondersteuningstructuur in stand moest houden en verbeteren en dat het de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie moest bevorderen. De centrale verantwoordelijkheden van de regering, dus van het ministerie van Volksgezondheid, op het terrein van het preventiebeleid moeten in de wet vastliggen, vonden de indieners, vooral ook met het oog op het beleid ten aanzien van sociaal-economische gezondheidsverschillen.⁵⁴ Minister Borst was het met die taken eens (ze noemt deze zelf in haar brieven) maar zag hen liever niet in de wet opgenomen. De tijden veranderen, de opvattingen over rijkstaken dus ook en opname in de wet geeft inflexibiliteit. Maar de regering liet ook hier het oordeel aan de kamer over en dus is het amendement tot wet verheven.

De meeste discussie ontstond naar aanleiding van twee amendementen betreffende het voorgestelde artikel over de uitbesteding van de jeugdgezondheidszorg. De uiteindelijk vastgestelde tekst daarvan kan nogal wat consequenties hebben. Goed doordacht lijkt die tekst niet. Ik kom daarop terug bij de bespreking van de jeugdgezondheidszorg, waar we ook nog een slordigheid in de tekst van dat artikel zullen aanroeren die de bewindsvrouwen niet hadden mogen laten passeren. Maar ze lieten het wel gebeuren. Ze hadden kennelijk haast om het wetsvoorstel door de kamer te krijgen vóór de op dat moment nakende verkiezingen van 2002. De Tweede Kamer nam het gewijzigde voorstel op 9 april 2002 aan; de Eerste Kamer heeft het op 9 juli daaropvolgend als hamerstuk afgedaan. In het verslag van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste

53 *Kamerstukken II 2001/02, 28 063, nr. 12.*

54 *Kamerstukken II 2001/02, 28 063, nr. 18.*

Kamer werd slechts een vraag gesteld (door het CDA): 'Welke prangende problemen in de praktijk wil de regering met dit voorstel aanpakken?'⁵⁵ Uit de vraagstelling klinkt (een lichte) verbijstering door: waar gaat dit over? Collectieve preventie behoort daar duidelijk niet tot de meest bekende onderwerpen. De wetwijzigingen zijn op 1 januari 2003 in werking getreden tezamen met de twee bijbehorende AMvB's. Daarmee werd een fase in de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg afgesloten, maar uiteraard niet de ontwikkelingen zelf. Daarover gaat het in de volgende hoofdstukken.

3 Te onderscheiden stelsels

In het voorgaande hebben we de belangrijkste elementen die hebben bijgedragen aan de huidige situatie van de publieke gezondheidszorg de revue zien passeren. Er valt uit af te lezen dat ook de publieke gezondheidszorg een met vallen en opstaan gegroeid stelsel van (bestuurlijke) instellingen en arrangementen is, ontstaan in een proces waarin demografische, biologische, sociale, economische, professionele en politieke omgevingsfactoren, het bestuurlijk systeem en het openbaar beleid elkaar over en weer hebben beïnvloed. De publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg en verzorging zijn uit elkaar gegroeid en in elk geval op beleidsniveau in twee deels gescheiden stelsels terecht gekomen. Die situatie kunnen we zien als het toevallige resultaat van politieke opvattingen, budgettaire knelsituaties en, zo men wil, politieke modegrillen. Zo stelt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg dat de tweedeling het onbedoelde bijverschijnsel is van de nadruk die sinds 1970 op de aanbodbeheersing ligt.⁵⁶ Maar dat lijkt toch te kort door de bocht gesteld. Weliswaar ligt na 1966 heel sterk de nadruk op de structuur van de individuele gezondheidszorg en op de beheersing daarvan, maar in de Structuurnota 1974 wordt de publieke gezondheidszorg vanwege haar speciale karakter weloverwogen in een eigen echelon ondergebracht. Die nota omschrijft het onderscheid zo: 'Dit belangrijke veld van de openbare gezondheidszorg (public health) ligt dus in wezen achter de patiënt die, uit eigen initiatief, een beroep kan doen op de vóór hem aanwezige eerste en hogere echelons (van de somatisch en geestelijke gezondheidszorg).'⁵⁷

Na 1974 blijft men, tot op de dag van vandaag, sleutelen aan het stelsel van 'cure en care', maar, in de schaduw daarvan houdt de rijksoverheid zich toch ook bezig met de geleidelijke opbouw (en verbouwing) van een stelsel van publieke gezondheidszorg. Afgezien van een hoofdstukje in de Wet voorzieningen gezondheidszorg, zijn daarvoor bepalend geweest: de schets van de basisgezondheidsdiensten uit 1980 en de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten, die na 1985 een algemene financiering regelde voor een deel van de collectief preven-

55 *Kamerstukken I* 2001/02, 28 063, nr. 304a.

56 *Volksgezondheid en zorg* 2001, p. 81.

57 *Kamerstukken II*, 1973/74, 13 012, nr. 2, p. 16 (Structuurnota Hendriks).

tieve zorg (naast talloze specifieke subsidieregelingen). Een omslag in het beleid vormt het rapport van de Commissie Dekker, maar ook Dekker erkent het speciale karakter van de publieke gezondheidszorg en ziet in dat zij niet in het door haar aanbevolen stelsel met marktwerking past. De Wet collectieve preventie volksgezondheid vormt dan in zoverre een breuk dat de rijksoverheid, in ieder geval tijdelijk, haar eigen rol met betrekking tot de in die wet geregelde preventieve zorg schrapte en wel op grond van overwegingen die met het karakter van die zorg niets te maken hebben.

3.1 *Kenmerken*

In alle desbetreffende nota's en adviezen wordt na het benadrukken van dat speciale karakter ook vrijwel steeds gesteld dat niettemin de curatieve en de preventieve zorg niet uit elkaar mochten groeien. Er liggen echter wezenlijke oorzaken aan die scheiding of dat onderscheid tussen de individuele gezondheidszorg en de publieke gezondheidszorg ten grondslag. Ik ben op haar karakter in de inleiding al ingegaan, maar voor een goed begrip vat ik de kenmerken van publieke gezondheidszorg hier samen.

- Zij is populatiegericht, dus gericht op de bevolking of op bepaalde groepen daaruit.
- Ze wordt niet verleend op geleide van een concrete individuele hulpvraag.
- Ze is permanent, dat wil zeggen continu of intermitterend, zoals bij bevolkingsonderzoeken of de jeugdgezondheidszorg.
- Ze is programmatisch van aard; zij wordt planmatig en doelgericht verleend.
- Het gaat om gespecialiseerde professionele activiteiten, gericht op meer of minder complexe volksgezondheidsproblemen.⁵⁸
- Als gevolg van voorgaande kenmerken: in de eerste plaats het openbaar bestuur biedt deze zorg aan of zorgt ervoor dat deze zorg wordt aangeboden.

3.2 *Professionele activiteiten*

De gespecialiseerde professionele activiteiten waaraan hierboven gerefereerd wordt hebben hun specifieke ontwikkeling doorgemaakt. Eind negentiende en begin twintigste eeuw ontwikkelde de medische wetenschap zich in snel tempo en daardoor ontstonden steeds meer mogelijkheden tot zowel curatief als preventief medisch handelen. Maar binnen instellingen en voorzieningen voor gezondheidszorg werd in die periode nog weinig onderscheid gemaakt tussen preventie en curatie. Geleidelijk aan ontstond wel een zekere functiedifferentiatie tussen curatief en preventief werkende artsen, maar preventieve werkzaamheden wer-

58 Samenwerken aan openbare gezondheidszorg 1999, p. 12.

den nog lang door primair curatief werkende artsen verricht. Tijdens en na de Tweede Wereldoorlog komen nieuwe middelen als penicilline en tuberculostatica ter beschikking die niet alleen nieuwe curatieve interventies mogelijk maakten, maar ook nieuwe perspectieven openden voor preventie, vooral op het gebied van vaccinaties, bevolkingsonderzoek, voorlichting en medicamenteuze profylaxe. Grote successen op het gebied van de publieke gezondheidszorg werden vooral geboekt voor en na de Tweede Wereldoorlog, het rijksvaccinatieprogramma kwam in de jaren vijftig op gang mede dankzij een goed georganiseerde jeugdgezondheidszorg, de arbeidsomstandigheden werden beter, de arbeids- en bedrijfsgeneeskundige zorg kwam tot ontwikkeling en de armenzorg ging op in een uitgebreid stelsel van sociale verzekeringen.⁵⁹ Het was de bloeitijd van de sociale geneeskunde, een medisch specialisme dat in 1959 erkend werd.

Na 1970 veranderden echter de uitdagingen voor de publieke gezondheidszorg. De belangrijkste gezondheidswinst viel niet meer te behalen via de traditionele preventieve geneeskunde. Grote volksgezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten, ongevallen en psychische stoornissen en, vooral, hun maatschappelijke en economische oorzaken, vroegen (en vragen) om een andere aanpak via gezondheidsvoorlichting, bevolkingsonderzoeken en technische voorzieningen. Maar gezondheidsbevordering en -bescherming liggen voor een groot deel buiten het terrein van sociaal-geneeskundigen. De bestrijding van deze problemen vraagt om een publieke gezondheidszorg met deskundigen die moeten kunnen putten uit de kennis van vele basisdisciplines en die moeten beschikken over een brede maatschappelijke blik en over organisatorische kwaliteiten Eind twintigste eeuw komen dan ook andere vakgebieden waaronder de epidemiologie tot ontwikkeling, overigens niet alleen voor de publieke gezondheidszorg, maar ook ten behoeve van beleid, management en informatietechnologie. Die gebieden kunnen worden aangeduid met de term 'gezondheidswetenschappen'. Vooral Nijhuis is voorstander van een zeer brede benadering van de volksgezondheidsproblemen. In de openbaarheid van public-healthsituaties, waarin met name de PH-professional en de sociaal-geneeskundige opereren, vormt het epidemiologische 'diseasemodel' als *leitmotiv* in de ogen van Nijhuis een te dominante aanwezigheid. De objectiverende instelling die eigen is aan dat model gaat gemakkelijk samen met een verticale *topdown* verhouding ten opzichte van cliënten of gemeenschappen. Zo'n natuurwetenschappelijke benadering moet worden aangevuld met subjectieve betekenisvolle aspecten van de persoonlijke beleving van gezondheid. Nijhuis pleit voor het op basis van gelijkwaardigheid combineren van een wetenschappelijk en technisch-deskundige instelling met een instelling die gericht is op normatief-inhoudelijke en persoonlijke aspecten. Het gaat in zijn visie in sterke mate om het leggen van verbindingen tussen zorg, het dagelijkse leven en systemen voor leefbaarheid, huisvesting, sociaal-economische zekerheid en onderwijs.⁶⁰

59 Mackenbach 2003, p. 452.

60 Nijhuis 1994 en Nijhuis 2004.

3.3 *Apart en samen*

Alleen al de bijzondere kenmerken en de benodigde inhoudelijke professionele specialisatie op publieke gezondheidszorg maken dat hetgeen, te beginnen bij Hendriks, gezegd is over een in ieder geval deels specifiek stelsel voor publieke gezondheidszorg, niet van enige logica is ontbloot. Ook de Raad voor Volksgezondheid en Zorg erkent dat.⁶¹ Ondanks zijn uitgangspunt dat scheiding tussen curatie en publieke gezondheidszorg ongewenst is ziet hij in dat integratie niet zonder meer voor de hand ligt. Zo worden normatief andere accenten gelegd. In de individuele gezondheidszorg staat de patiënt centraal. Autonomie, 'informed consent', keuzevrijheid en privacy zijn normatieve uitgangspunten, terwijl naar oordeel van de Raad in de publieke gezondheidszorgprincipes als solidariteit, gelijkheid, effectiviteit en utiliteit centraal staan. Bovendien is het bereik van de individuele zorg ondanks een stijgend gebruik ervan beperkt. Grote groepen van de bevolking komen (gelukkig) nauwelijks of pas laat in hun leven met die zorg in aanraking.

Niettemin heeft de Raad gelijk als hij stelt dat het moet gaan om 'apart' en 'samen'. Apart niet alleen omdat publieke gezondheidszorg ook en in de eerste plaats buiten de individuele gezondheidszorg moet plaatsvinden en zoals we hierboven zagen eigen deskundigheden en instrumenten moet gebruiken, maar ook omdat in de individuele gezondheidszorg op zichzelf, in eigen domein, ook winst voor de volksgezondheid te behalen valt, bijvoorbeeld via op gentechnologie gebaseerde preventieve strategieën. En samen omdat langs de weg van samenwerking en afstemming de effectiviteit van de gezondheidszorg vergroot kan worden. De Raad benoemt met het oog daarop in een advies uit 1999 vier terreinen voor blijvende samenwerking: epidemiologie en strategische informatievoorziening, transmurale protocollering bij screeningsprogramma's, gezondheidsbevordering via multi-interventiestrategie en samenwerking bij de signalering van problemen onder groepen van de bevolking.⁶²

3.4 *Verantwoordelijkheid van de overheid*

Belangrijker dan de feitelijkheden rond public health is evenwel een normatieve overweging op grond waarvan velen de publieke gezondheidszorg, in ieder geval wat betreft het beleid, als een verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur zien. Deze vinden we verwoord in een van de sociale grondrechten en wel het huidige artikel 22, lid 1 van de Grondwet: 'De overheid treft maatregelen

61 Volksgezondheid en zorg 2001.

62 Samenwerken aan openbare gezondheidszorg 1999.

ter bevordering van de volksgezondheid'.⁶³ Het bevorderen in dit artikel moeten we ruim opvatten. Het omvat ook volgens de interpretatie van de staat zelf, zoals we thans in de hierna te behandelen Wet collectieve preventie volksgezondheid kunnen zien, gezondheidsbescherming en ziektepreventie, dat wil zeggen alle werkterreinen van de publieke gezondheidszorg. In de grondrechten zijn onder andere in de visie van Tjeenk Willink de kernverantwoordelijkheden van de overheid ten aanzien van de behartiging van het algemeen belang vastgelegd.⁶⁴ Wat mag de burger dus van de overheid verwachten op het gebied van de public health? Dat zij in ieder geval een als zodanig herkenbaar beleid voert gericht op collectieve gezondheidsbevordering, -bescherming en ziektepreventie. Dat mag verwacht worden op grond van de verwoording van het algemeen belang in het grondrecht omtrent de volksgezondheid gecombineerd met de hierboven gegeven kenmerken die leiden tot (de noodzaak van) overheidsbeleid. En als we regie zien als een vorm van sturen gericht op afstemming van de doelen en handelingen van actoren op een te behalen beleidsdoel van de overheid, dan mag de burger ook de regie van de publieke gezondheidszorg tot een van de kernverantwoordelijkheden van de overheid, hetzij de staat, hetzij de lagere overheden, rekenen.

Maar moet de burger er dan ook op kunnen rekenen dat de overheid de uitvoering ervan zelf ter hand neemt? Dat is vanouds een zeer omstreden punt. We zagen dat de uitvoeringspraktijk van de afgelopen honderd jaar op het gebied van de publieke gezondheidszorg in Nederland een gemengd beeld laat zien. Maar waarom zou een al of niet commerciële zorgverzekeraar of een ideële organisatie, zoals de Nederlandse Hartstichting geen publieke gezondheidszorg kunnen of willen aanbieden? Dat kan wel en het gebeurt ook. Een recent voorbeeld betreft een verzekeraar die zijn klanten een zeker bedrag vergoedt bij aankoop van bepaalde levensmiddelen waarvan vaststaat dat deze een gezondheidsbevorderend effect hebben.⁶⁵ Het is daarbij wel zo dat het collectief in dat geval een betrekkelijk willekeurige groep uit de bevolking is: de eigen klanten. En zo'n aanbod dient ook primair twee commerciële doelen: kostenvermindering door een geringer beroep op de verzekering en klantenbinding. Bovendien maakt men ook nog reclame voor Unilever, de fabrikant van de bewuste (dure?) levensmiddelen. De NRC merkte terecht op dat wie gewoon een krop sla, een pond tomaten en wat knoflook koopt, anders gezegd wie gewoon gezond probeert te leven, niets vergoed krijgt. Het gezondheidsdoel heiligt de middelen, dat wel, maar niet helemaal: het ontheft het openbaar bestuur niet van zijn verantwoordelijkheid voor

63 Soortgelijke bepalingen: Europees Sociaal Handvest, art. 11; Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, art. 152; Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, art. 12; Verdrag inzake de rechten van het kind, art. 24.

64 Tjeenk Willink 2004, p. 13-26.

65 NRC *Handelsblad*, 5 januari 2005.

de volksgezondheid. Overigens, we zien hier wel een voorbeeld van ‘apart en samen’ op het gebied van het volksgezondheidsbeleid.

In het hierna aan de orde komende beoogde stelsel moeten de verzekeraars stevig met elkaar gaan concurreren om de gunst van het publiek en zijn meer acties als die waarvan wij hier een voorbeeld gaven te verwachten. De overheid dient daarop, zou ik menen, een wakend oog te houden, opdat al te grote willekeur in middelen en tijd wordt voorkomen en ook geen dubieuze interventies worden aangeboden. Het lijkt verstandiger als de overheid als coördinator en zo nodig als initiator van dergelijke collectieve acties optreedt, zodat uit een oogpunt van volksgezondheidsbevordering verantwoorde acties het resultaat zijn. Een actie moet impliciet of expliciet passen binnen het overheidsbeleid. We zien dat het duidelijkst in de Wet op het bevolkingsonderzoek: bepaalde typen bevolkingsonderzoek moeten met waarborgen voor de deelnemers zijn omkleed en derhalve mag geen onderzoek zonder vergunning van de overheid plaatsvinden. Als complement op het beoogde stelsel met zijn ruime vrijheidsgraden zouden we mogen verwachten dat de staat die vergunningsplicht verbreedt. In de memorie van toelichting bij het voorstel voor de Zorgverzekeringswet (waarover hierna) valt daarover evenwel niets te vinden. In algemene zin ziet de Minister van Volksgezondheid blijkens zijn nota preventiebeleid meer in het ‘uitdagen’ van de verzekeraars om meer kosteneffectieve preventie aan hun klanten aan te bieden.⁶⁶ In het beleidsartikel over preventie in de rijksbegroting 2005 heeft hij het voorts over meer zelfregulering van onder andere het bedrijfsleven, maar hij sluit overheidsregulering niet uit.⁶⁷ In de nota preventiebeleid wordt nog een reden aangegeven op grond waarvan de overheid als initiator zal moeten optreden voor collectief-preventieve acties: verzekeraars die moeten koersen op winst op korte termijn behoeven in een concurrentiële markt geen belang te hebben bij preventieprogramma’s met (te verwachten) langetermijneffecten. Daarvan zal naar mijn mening de staat dan ook de neutrale aanbieder moeten zijn.

3.5 *De huidige stelsels in grote lijnen*

3.5.1 *Curatieve zorg en verzorging*

Allereerst beschrijf ik, voorzover voor een goed begrip nodig, in grote lijnen de huidige stelsels. Daarna ga ik wat dieper in op het stelsel voor de maatschappelijke zorg. Als we kijken naar de wet- en regelgeving voor de curatieve zorg en de verzorging, dan zien we een stelsel met publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekeringen. Het gaat om een door de overheid gereguleerd verzekeringsstelsel. De kern daarvan tot nu toe – veranderingen zijn op til – wordt gevormd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering voor in

66 *Kamerstukken II 2003/04, nr. 20h, p. 39 (nota Langer gezond leven).*

67 *Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, p. 27.*

beginsel de zware medische risico's, de Ziekenfondswet (ZFW) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998). Het betreft wetten die verzekerde rechten behelzen. Tweederde deel van de bevolking is verplicht verzekerd via de publiekrechtelijke ZFW. Van de rest van de bevolking valt een deel onder publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren, de overigen moeten zich privaatrechtelijk verzekeren hetzij via de wettelijk gegarandeerde verzekering voor ouderen die gebaseerd is op de WTZ 1998, hetzij via maatschappijpolissen zonder acceptatieplicht voor de verzekeraar. In aanvulling op de ziekenfondsverzekering en de uit de WTZ voortvloeiende standaardpakketpolis kunnen verzekerden extra verzekeringen afsluiten. Deze drie onderdelen worden respectievelijk het eerste, tweede en derde compartiment genoemd. Met het oog op het beheersen van de kosten en mede vanwege het verbrokkelde systeem van de ziektekostenverzekering en de daaruit voortvloeiende uiteenlopende sturingsmechanismen, voert de overheid al decennia lang een beleid van aanbodregulering. Twee wetten die respectievelijk de capaciteit en de prijzen reguleren zijn de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet tarieven gezondheidszorg. Daarnaast zijn voor de zorgaanbieders de in de jaren negentig van de vorige eeuw ingevoerde Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van belang. De verhouding patiënt-hulpverlener wordt geregeld in boek 7, artikel 446-468, van het Burgerlijk Wetboek, in de wandeling door het zorgveld nog steeds de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) genoemd. De uitvoering van de AWBZ geschiedt door 32 zorgkantoren. Zo'n kantoor wordt verzorgd door de regionaal grootste verzekeraar. De verzekeringswetten worden uitgevoerd door zorgverzekeraars, die opereren op een veld waarop in toenemende mate sprake is van marktwerking met concurrentie. Zij sluiten contracten af met zorginstellingen en zorgverleners. Er bestaat geen contracteerplicht meer. Het zorgaanbod wordt gedaan door privaatrechtelijke instellingen en individuele beroepsbeoefenaren, die beide in sociaal-economisch opzicht door aanbodbeheersing en regelgeving (nog) niet als private (markt)partijen kunnen opereren. Het systeem is, als het huidige beleid wordt doorgezet, op weg van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij de capaciteit wordt bepaald door de bij de zorgverlening betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars) en de staat zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen de verzekeraars en de aanbieders moeten handelen. We zullen er hierna nog op terugkomen.

3.5.2 *Publieke gezondheidszorg*

Als we tegen dit stelsel de publieke gezondheidszorg afzetten, dan zien we verschillen, maar toch ook een zekere mate van overlap. Zo zijn (nog steeds, want ook dat gaat veranderen) in het verzekeringsstelsel enige, deels omvangrijke collectief-preventieve programma's en arrangementen opgenomen: bevolkingsonderzoeken op borstkanker en baarmoederhalskanker, pre- en postnatale preventie, het Nationaal Programma Grieppreventie, het rijksvaccinatieprogramma, soa-bestrijding en screening op familiale hypercholesterolemie. Hieraan werd in 2003

bijna 185 miljoen euro besteed. Tot voor kort was het beleid namelijk gericht op het zo veel mogelijk in de zorgverzekeringen opnemen van collectief preventieve activiteiten. Maar gezien hun aard, het betreft een aanbod van de overheid aan de bevolking, behoren zij niet thuis in een verzekeringsstelsel. Naast de hiervoor genoemde premiegefinancierde activiteiten werd via de begroting van VWS in 2003 nog voor zo'n 350 miljoen euro aan (ondersteunende activiteiten voor) preventieve zorg besteed. De grootste post op de begroting is die voor het uniform deel van de jeugdgezondheidszorg (185 miljoen).⁶⁸

Specifiek voor de publieke gezondheidszorg, en een centrale plaats in het stelsel van wetten innemend, is evenwel de Wet collectieve preventie volksgezondheid met daaraan te relateren wetten, zoals de Infectieziektenwet, de Warenwet, de Wet op het bevolkingsonderzoek, de Tabakswet en de Drank- en Horecawet. Ik zal de WCPV en enkele hieraan gerelateerde wetten hierna verder behandelen. Voorts valt de in de WCPV omschreven zorg onder de Wet BIG en, sinds 1 januari 2003, eveneens onder de KZI. En ook de voor de relatie cliënt–zorgverlener in de publieke gezondheidszorg geldt de WGBO, al is die relatie van een andere orde dan die in de curatie en de zorg.

De uitvoering van de publieke gezondheidszorg vindt plaats deels door instellingen en beroepsbeoefenaren uit de curatieve en zorgsector, zoals thuiszorgorganisaties, ggz-instellingen en huisartsen, en deels door de publiekrechtelijke GGD'en, de enige in publieke gezondheidszorg gespecialiseerde instellingen, al voeren zij in beperkte mate ook andere taken uit, zoals ambulancehulpverlening. Aan de GGD'en zijn stichtingen voor Medische Opvang Asielzoekers (MOA) verbonden. Een kenmerk evenwel van publieke gezondheidszorg is dat bij de uitvoering ook allerlei maatschappelijke organisaties kunnen worden betrokken wier doelstellingen niet gericht behoeven te zijn op het bevorderen van de volksgezondheid. We moeten hierbij niet alleen denken aan scholen en welzijnsinstellingen, maar ook aan commerciële bedrijven. Zo bereidt VWS op het moment dat dit geschreven wordt een plan voor om overgewicht onder jongeren terug te dringen, waarvoor het een convenant wil sluiten met organisaties van winkels, scholen, de horeca en de voedingsmiddelenindustrie. Anticiperend daarop heeft frisdrankfabrikant Coca-Cola al aangekondigd minder gewone cola te gaan verkopen op middelbare scholen.

De uitvoerende instellingen worden door diverse landelijke instituten ondersteund. GGD Nederland is het eigen ondersteuningsinstituut voor de GGD'en, de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose ondersteunt de GGD'en bij de tuberculosebestrijding en verder functioneren er diverse landelijke gezondheidsbevorderende instituten (GBI's): Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro), het Voedingscentrum, het Trimbos-instituut (voor drugsverslaving en psychische aandoeningen), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, Soa Aids Nederland (voor veilig vrijen), Stichting Consument

68 Brancherapport 2000-2003 2004, p. 13.

en Veiligheid, het Nationaal Instituut voor Gezondheid en Ziektepreventie (NIGZ) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). De beide laatstgenoemde kennisinstituten houden zich vooral bezig met de ontwikkeling van preventiemaatregelen en -methoden. Onderzoeksinstituten zijn TNO Preventie en Gezondheid en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM zal waarschijnlijk de komende jaren ook ontwikkeld worden als expertise- en regiecentrum voor de publieke gezondheidszorg. Ik kom daarop nog terug. ZonMw heeft een taak bij onderzoek en bekostiging van projecten. En verder geven de Gezondheidsraad, de Raad voor Gezondheidsonderzoek en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ook bij tijd en wijle adviezen over preventieve zorg. De publieke gezondheidszorg deelt met de 'cure en de care' de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er is binnen de Inspectie een aparte inspectie voor preventie, public health en rampengeneeskunde.

De Arbozorg (arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg) heeft sinds begin jaren negentig een geheel eigen ordening op basis van de Arboret en valt daardoor, hoewel arbeid een van de belangrijke determinanten van gezondheid is, buiten het bestek van dit betoog.

De financiering is, afgezien van de (nog) in de AWBZ of de Ziekenfondswet opgenomen functies, van geheel andere aard dan die van de 'cure en de care'. De gemeenten bekostigen de uitvoering van de in de WCPV opgenomen functies. Zij ontvangen daarvoor een ongeoormerkte uitkering uit het Gemeentefonds, met uitzondering van het hiervoor al genoemde uniform deel van de jeugdgezondheidszorg. De voor dat deel benodigde gelden ontvangen zij in ieder geval tot en met 2007 via een specifieke uitkering van het rijk. Verder kunnen gemeenten uit eigen belastingmiddelen nog bijdragen aan de collectieve preventie. Volgens de *benchmark* van GGD Nederland besteedden de GGD'en in 2003 ongeveer 340 miljoen euro aan hun WCPV-taken.⁶⁹ Verzekeraars dragen geen verantwoordelijkheid voor het aanbieden van collectieve preventie, al kunnen ze wel acties op dit veld ondernemen. Ik gaf er hiervoor een voorbeeld van. Bij hun taak behoort wel een aanbod aan hun verzekerden voor individuele preventieve zorg. Hoeveel er in Nederland aan individuele en collectieve preventie wordt uitgegeven blijkt moeilijk te becijferen omdat de kosten daarvan dikwijls verscholen zitten in anders benoemde kostencategorieën. Het Brancherapport komt voor 2002 uit op ongeveer 1,4 à 2 miljard euro.⁷⁰ Al met al, zo kunnen we concluderen, omvat publieke gezondheidszorg een gebied dat maar in beperkte mate begrensd is.

3.6 Constanten en kenmerken

We kunnen wel stellen dat het terrein van de, op collectiviteiten gerichte, publieke gezondheidszorg voor een groot deel samenvalt met de hierboven aan-

69 GGD Benchmark 2003 2004, p. 10.

70 Brancherapport Preventie 2000-2003 2004, p. 13.

gegeven begrotings- en premiegefinancierde activiteiten van VWS tezamen met die welke de WCPV beschrijft. Daarop richten we ons in het volgende stuk. Maar eerst vat ik nog enige punten uit het voorgaande samen bij wijze van tussenbalans.

We zien in de geschiedenis van de publieke gezondheidszorg:

- herhaaldelijk spanning ontstaan, naast samenwerking, tussen staat en gemeenten, tussen een centrale en een decentrale aanpak van de publieke gezondheidszorg;
- een uit elkaar groeien van publieke gezondheidszorg en curatie en verzorging onder het steeds weer uitroepen van de onwenselijkheid daarvan;
- naast een erkenning van de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke gezondheidszorg een voortdurende discussie over privaatrechtelijke of publiekrechtelijke uitvoering van die zorg.

We kunnen verder enkele uitgangspunten voor het vervolg vaststellen.

Publieke gezondheidszorg:

- heeft specifieke – feitelijke en normatieve – kenmerken die haar onderscheiden van de ‘cure en de care’;
- kan daardoor niet aan een markt met particuliere vragers worden overgelaten;
- vereist specifieke professionele deskundigheden;
- behoort tot de kernverantwoordelijkheden van de overheid.

4 Het vernieuwde zorgstelsel en de publieke gezondheidszorg

De regering voert op dit ogenblik twee operaties uit die tot doel hebben het stelsel van organisatie en financiering van de gezondheidszorg ingrijpend te hervormen. De ene heeft betrekking op de verzekering voor de ‘normale’ ziektekosten, de andere op de AWBZ. Welke gevolgen of betekenis kunnen die operaties hebben voor het stelsel van de publieke gezondheidszorg, dat immers voor een deel verweven is met dat van de gezondheidszorg? Ik behandel de beide operaties kort en bekijk welk antwoord dat kan opleveren voor de gestelde vraag. Ik let daarbij speciaal op de plaats die aan de preventie is toebedacht. Voor dit betoog heb ik de verwerking van gegevens uit relevante stukken afgesloten in december 2004 of in de loop van januari 2005. Ontwikkelingen na die tijd – en op dit terrein zijn er voortdurend nieuwe ontwikkelingen – worden derhalve niet behandeld in dit betoog.

4.1 *De zorgverzekering*

Het huidige duale, deels publiekrechtelijke, deels privaatrechtelijke verzekeringsstelsel voor de normale ziektekosten gaat op de schop. Daartoe is bij het parlement het voorstel voor de Zorgverzekeringswet (ZVW) in behandeling.⁷¹ De regering wil daarmee een voor verzekerden en verzekeraars transparant en duurzaam verzekeringsstelsel scheppen waaraan alle deelnemers onder gelijke condities participeren. De nieuwe wet moet de nadelen van het huidige verbrokkelde stelsel wegnemen. Het lijkt er thans, einde december 2004, op dat de Tweede Kamer met dat voorstel zal instemmen. Als ook de Eerste Kamer akkoord gaat, wil de regering de nieuwe wet, en de aanpalende wet- en regelgeving, op 1 januari 2006 in werking laten treden. De Ziekenfondswet en de WTZ 1998 worden vervangen door de nieuwe wet. Deze actie is onderdeel van een bredere herziening van de sturing en de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de gezondheidszorg. Zo zal de Wet ziekenhuisvoorzieningen vervangen worden door de Wet toelating zorginstellingen en ook de Wet tarieven gezondheidszorg zal worden vernieuwd.

De basiselementen van de wet zijn de volgende. Iedere ingezetene dient een verzekeringsovereenkomst te sluiten met een zorgverzekeraar naar zijn keuze. Solidariteit komt dan hierin tot uitdrukking dat deze verzekeringsplicht gepaard gaat met een acceptatieplicht van de verzekeraar. Risicoselectie en premiedifferentiatie op basis van gezondheidsrisico's zijn verboden. Het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden vervalst. De overeenkomst omvat een door de overheid vastgesteld standaardpakket van noodzakelijke geachte zorg. Inkomenssolidariteit krijgt vorm doordat een verzekeraar zelf de nominale premie voor het standaardpakket mag vaststellen, maar wel een die voor al zijn klanten gelijk is, waarnaast de Belastingdienst een inkomensafhankelijke bijdrage int die tezamen met rijksbijdragen in een zorgverzekeringsfonds zal worden gestort ten behoeve van risicoverevening tussen verzekeraars. Er geldt een verplicht eigen risico in de vorm van een 'no-claimteruggaveregeling'. Daarnaast kunnen hogere eigen risico's worden afgesproken met bijbehorende premiekorting. Inkomenseffecten worden gecompenseerd door een toeslag voor minder draagkrachtigen. Verzekerden mogen desgewenst jaarlijks van verzekeraar wisselen.

Het systeem van overheidssturing zal voor een groot deel plaatsmaken voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie tussen privaatrechtelijke zorgverzekeraars om de gunst van verzekerden. Deze mogen winst maken, die aan aandeelhouders of leden van een onderlinge waarborgmaatschappij mag worden uitgekeerd. De verzekeraars zullen, zo is het idee, als doelmatige en klantgerichte regisseurs van de zorg optreden. Zij onderhandelen met de zorgaanbieders over prijzen, inhoud en organisatie van de zorg vanwege

71 *Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nrs. 2 en 3 (resp. voorstel van wet en memorie van toelichting Zorgverzekeringswet).*

het belang dat zij hebben bij een goede dienstverlening aan hun klanten en een doelmatige zorginkoop vanwege het ontbreken van risicoselectie. Contracteerplicht voor de verzekeraars bestaat niet meer. Zorgaanbieders zullen daardoor meer prestatiegericht moeten gaan werken, maar krijgen daarvoor meer vrijheid om zich van elkaar te onderscheiden. Functie- en prestatiegerichte bekostiging en vergelijkende informatie over prestaties van zorgaanbieders zullen de werking van het systeem bevorderen, althans dat is de hoop van de regering. Het beoogde systeem wil, kortom, eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigen, maar wel binnen een aantal stevige sociale randvoorwaarden zoals verzekerings- en acceptatieplichten.

De regering kiest bewust voor een privaatrechtelijke vormgeving van de zorgverzekering. Ruimte voor eigen initiatief en ondernemerschap gaat in het nieuwe stelsel gepaard met publieke randvoorwaarden. Voor de gemeenten is in de zorgverzekering (dan ook) geen plaats weggelegd. De beoogde Wet toelating zorginstellingen geeft de Minister van Volksgezondheid de opdracht eenmaal in de vier jaar zijn visie op een goed stelsel van gezondheidszorg te openbaren. Het oorspronkelijke voorstel voor provinciale regiovisie (en die van de vier grote steden) is geschrapt. Niets weerhoudt partijen overigens om in overleg tot een betere samenhang in de zorg te komen, zegt de minister laconiek.⁷² Alleen bij toelating onder beperkingen en bij intrekking van een toelating van een instelling kan het gemeentebestuur nog zijn opmerkingen kenbaar maken.

Hoe plaatst de regering preventie in dit stelsel? Het draait in het beschreven stelsel vrijwel uitsluitend om individuele curatieve gezondheidszorg. Er wordt nauwelijks iets over preventie te berde gebracht. Gezien de strekking van de tekst van de memorie van toelichting is die plaats kennelijk geen andere dan die in het kader van de Ziekenfondswet. Dus individuele preventie behoort intrinsiek tot het verzekerde pakket. In de memorie wijst men slechts op de mogelijkheid en het voordeel van collectief afgesloten contracten voor werknemers. Daarin kunnen dan allerlei varianten voor een geïntegreerd preventie- en verzuimbeleid worden afgesproken. Aanbiedingen met een collectief preventief karakter zijn dus zo te zien toegestaan, althans niet verboden.

4.2 *De AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning*

Naast de Zorgverzekeringswet wil de regering vooralsnog de AWBZ handhaven. Maar deze moet wel worden 'opgeschoond'. De drijvende kracht daarachter is de huidige mate van onbeheersbaarheid van de uitgaven. De hoofdlijn bij die voorgenomen opschoning is dat in de ZVW (para)medische zorg, direct lijfsgebonden zorg en op genezing gerichte zorg thuishoort en dat de AWBZ teruggaat naar haar oorspronkelijke doelstelling: zware, langdurige zorg voor bijzondere groepen. In de (in januari 2005 nog in ontwikkeling zijnde) Wet maatschappelijke

72 *Kamerstukken II 2003/04, 27 659, nr 16.*

ondersteuning (WMO) wil men vormen van (thans nog) AWBZ-zorg onderbrengen die het karakter hebben van praktische ondersteuning en sociale begeleiding en die door de gemeenten lokaal geregeld moeten worden.⁷³ Voor ons onderwerp is dan de vraag wat er gaat gebeuren met de hiervoor genoemde preventieve afspraken en regelingen in of ex de AWBZ. De kamerstukken vermelden daarover niets, maar er is inmiddels wel meer duidelijkheid. Daarover hierna meer.

Interessant voor de publieke gezondheidszorg is de schets die gegeven wordt van de inhoud van de WMO. Een van de doelen (naast het versterken van solidariteit tussen gezonden en gehandicapten, verbetering van kwaliteit van zorg en beheersing van de kosten) betreft verbetering van de samenhang van voorzieningen in de directe omgeving van hulpbehoevenden, in de gemeenten dus. Een leidende gedachte van het kabinet achter de gehele operatie rond AWBZ en WMO (en ZVW) is dat de overheid op een beheerste manier zorg moet bieden aan mensen 'die dat echt nodig hebben'. Uitgangspunt is de idee van de 'civil society', de burgerlijke samenleving waarin individuele burgers en door burgers gedragen vrijwillige maatschappelijke verbanden door en voor elkaar leven. De overheid compenseert een aantal organisatorische, financiële of fysieke beperkingen bij burgers, opdat deze zo goed mogelijk maatschappelijk kunnen functioneren, maar zij wil geen onnodige afhankelijkheid, geen 'leuningdrag' uitlokken.

De staat bepaalt als wetgever en systeemverantwoordelijke het speelveld en de terreinen waarop de lagere overheid beleid moet voeren. Hij bepaalt verder de financiering en hij bepaalt welke partijen de gemeente bij de totstandkoming van haar beleid moet betrekken en hoe de prestaties zichtbaar moeten worden gemaakt. Binnen deze randvoorwaarden kunnen partijen onder regie van de gemeente de wijze van uitvoering van de wet invullen. Gemeenten krijgen maximale beleidsvrijheid. Het moet een lokaal stelsel worden dat aansluit bij de behoeften van mensen aan ondersteuning in hun directe omgeving. De staat blijft op afstand. Het gaat om taken die naar aard en schaal tot de competentie van de lokale overheid behoren. Dat houdt tevens in dat de staat geen inhoudelijk beleid zal voeren. Er komt geen periodieke rijksnota over maatschappelijke ondersteuning.

Het kabinet wil in algemene termen vastleggen op welke terreinen de gemeente een actief voorzieningenbeleid moet voeren. Die terreinen heten prestatievelden. Het gaat om de voorzieningen uit de huidige Welzijnswet, onder andere sociale hulp, sportvoorzieningen, club- en buurthuizen, voorzieningen voor signalering en toeleiding naar het hulpaanbod voor kinderen en hun ouders alsmede voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en melding van huishoudelijk geweld. Verder is het de bedoeling dat de Wet voorzieningen gehandicapten in de WMO opgaat en dat uit de AWBZ voorzieningen voor het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers en onder andere huishoudelijke hulp in de WMO komen. De gemeente zal eens per vier jaar een samenhangend beleid moe-

ten vaststellen, inclusief de wijze van uitvoering, de te verwachten concrete acties, de beoogde resultaten en de financiering daarvan. Zij moet haar burgers en hun organisaties bij de beleidsvorming betrekken. Dat zal naar verwachting (en hoop) van het kabinet bijdragen aan een vitale, op onderlinge steun gerichte, lokale samenleving. Het kabinet wil dat vooral privaatrechtelijke organisaties de voorzieningen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning zullen leveren. Het primaat van het particulier initiatief zal in de wet worden vastgelegd. De gemeente moet zich zichtbaar en goed verantwoorden, laten zien wat zij gepresteerd heeft, ook in vergelijking met andere gemeenten. De WMO krijgt niet het karakter van een voorzieningenwet, dus met rechten van de burger op zekere voorzieningen. Uit het systeem vloeit voort dat er verschillen in het voorzieningenniveau tussen gemeenten zullen (kunnen) optreden.

Op het moment dat dit geschreven wordt, is er een eerste overleg geweest tussen de verantwoordelijke staatssecretaris, Ross-van Dorp en de Tweede Kamer. Daaruit valt af te leiden dat de gemeentelijke beleidsvrijheid minder groot zal worden dan in de bedoeling van het kabinet ligt. Zo zullen gemeenten een wettelijke zorgplicht krijgen voor bepaalde voorzieningen die moeilijk door alternatieven te vervangen zijn. Gezien alle haken en ogen aan het wetsvoorstel en zijn implementatie is het ook nog niet zeker hoe het eindresultaat er zal uitzien. Voor het gehele stelsel zoals dat het kabinet voor ogen staat is de WMO wel een relevant onderdeel. Het zou mij verbazen als de wet er niet in de een of andere (verwachte) vorm doorkomt.

4.3 *De WMO en de WCPV*

De WMO is ook voor de publieke gezondheidszorg relevant, want in een 'subparagraaf' van het verhaal daarover komt de WCPV voor. 'Gemeenten hebben in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid taken die ook passen in de WMO (...).'⁷⁴ Het ministerie onderzoekt daarom hoe de WCPV-taken in de WMO kunnen worden ondergebracht. Waarom men denkt dat die erin passen vermeldt men niet, maar op de directeurenconferentie 2004 van GGD Nederland gaf een vertegenwoordiger van het ministerie van Volksgezondheid als kernmotief dat men grote samenhang ziet vooral waar het gaat om de signalerende en bestrijdende rol ten aanzien van verkommering en verloedering. Preventie, zorg en welzijn kunnen met elkaar verbonden worden, evenals collectieve en individuele preventie en ondersteuning. Helderheid heeft het kabinet over dit punt (begin januari 2005) nog niet gegeven, maar op een kamervraag terzake is al wel geantwoord dat de WCPV als zodanig geen onderdeel van de WMO zal gaan vormen. Kennelijk bedoelt men daarmee dat mogelijk onderdelen wel naar de WMO zouden kunnen worden overgeheveld, gezien een ander antwoord denkt

74 *Kamerstukken II 2003/04, 29 538, nr. 1, p. 11.*

men daarbij mogelijk aan de jeugdgezondheidszorg.⁷⁵ Uit deze argumentatie blijkt wel dat de betrokken ambtenaren dan wel bewindspersonen óf geen kennis dragen van de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg die ik in grote lijnen in het historisch overzicht heb gegeven, óf haar om redenen die niets met de publieke gezondheidszorg van doen hebben aan hun laars lappen. Als de eerste mogelijkheid de werkelijkheid weergeeft zou dat ondersteuning leveren voor de stelling van Ankersmit dat het openbaar bestuur uitsluitend op het heden is gericht.⁷⁶ Maar wie problemen wil oplossen moet zich volgens hem niet concentreren op wat er in het hier en nu kan misgaan, maar op wat er jaren geleden al eens uit de rails is gelopen.

Het zou evenwel bijzonder vreemd, ja zelfs ongehoord zijn als de regering de WCPV of onderdelen daarvan in de WMO zou onderbrengen, met uitzondering desgewenst van enkele taken waarin het accent niet ligt op volksgezondheid maar op maatschappelijke opvang en ondersteuning. Een normatief argument vinden we in artikel 22 Grondwet. Dat artikel accentueert duidelijk het onderscheid of wellicht beter gezegd de scheiding tussen de WMO en de WCPV. De WCPV vormt een uitwerking van het grondrecht op zorg voor de volksgezondheid (art. 22 lid 1); de WMO op dat van maatschappelijke ontplooiing (art. 22 lid 3), negatief gezegd, de WMO is in ieder geval geen uitwerking van het recht op zorg voor de volksgezondheid. Op (letterlijk) principiële gronden, zo kunnen we stellen, mogen deze wetten niet op een hoop worden gegooid. En verder zijn er een aantal (meer) instrumentele redenen te noemen waarom dat niet mag gebeuren. Zo kennen beide wetten eigen sturingssystemen. De WMO is, althans in haar contouren, een wet met een sterk decentraal karakter. De gemeenten krijgen binnen de kaders die de wet aangeeft een grote mate van beleidsvrijheid. Vrijwel dezelfde vrijheid verkregen ze ook krachtens de oorspronkelijke WCPV van 1990. Dat bleek, zoals te lezen valt in het historisch overzicht van hoofdstuk 2, al in 1992 een totaal verkeerde keus voor de infectieziektebestrijding. En meer in het algemeen geldt dat ook voor veel andere gezondheidsproblemen en -risico's alsmede voor de daarvoor benodigde interventies, gezien het de gemeentegrenzen te boven gaande karakter ervan. De WMO gaat uit van een extreem lokaal gericht concept, maar de publieke gezondheidszorg kent een veel bredere oriëntatie. De 'lokale' burger wordt bedreigd door 'globale' ziekten (met name infectieziekten) en mondiale, althans Westerse gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld overgewicht). De decentralisering die ten grondslag ligt aan de oorspronkelijke WCPV is dan ook in 2002 nogal drastisch teruggedraaid, niet alleen door wijzigingen in de WCPV, maar ook doordat de Kwaliteitswet zorginstellingen op de WCPV-taken van toepassing werd verklaard. De WMO voorziet ook niet in een eigen inhoudelijk beleid van de staat. Het is expliciet de bedoeling dat niet te voeren. Hetzelfde was het geval met de WCPV, maar in 2002 is een voorschrift over dat beleid in de

75 *Kamerstukken II* 2004/05, 29 538, nr. 4.

76 *NRC Handelsblad*, 6 januari 2005.

WCPV opgenomen. Een rijksbeleid kan in de publieke gezondheidszorg niet gemist worden. En de Minister van Volksgezondheid maakt er ook werk van, zoals we nog zullen zien.

Een praktisch argument is ook nog dat als WMO en WCPV op een hoop worden gegooid, de kans levensgroot aanwezig is dat op gemeenteniveau alle aandacht uit zal (moeten) gaan naar de individuele aanvragen voor ondersteuning, naar de uitvoering van het korte-termijnbeleid, en dat het meestal niet spectaculaire, maar voor de volksgezondheid wel wezenlijke beleid voor de publieke gezondheidszorg met zijn veelal lange termijndoelen en -effecten daarvan gemakkelijk het slachtoffer zal kunnen worden. Gescheiden verantwoordelijkheden en een andere sturing bieden dan in ieder geval de publieke gezondheidszorg een zekere waarborg voor een redelijk bestaan. Onder de WCPV ligt verder als dragend beginsel het beginsel van gelijke kansen voor iedere burger op gezondheid en dat is gezien de aard van de publieke gezondheidszorg niet alleen een politiek-ethisch, maar ook een praktisch beginsel; onder de WMO ligt een dergelijk beginsel nu juist niet, maar een soort paradigmatisch vrijheidsbeginsel voor gemeenten, al zal de vrijheid van gemeenten op wens van de Kamer wel wat worden teruggedraaid.

Tot slot, geen van de prestatievelden van de WMO liggen op het gebied van de gezondheidszorg. Integendeel, uitdrukkelijk wordt de WMO afgegrensd van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Volksgezondheidsdoelen zullen niet gediend worden met behulp van de WMO. WMO-voorzieningen kunnen wel een effect hebben op de volksgezondheid – dat hebben ze gemeen met zoveel overheidsactiviteiten – maar ze zijn niet *gericht* op het bevorderen van de volksgezondheid. De WCPV heeft, zoals we zagen, juist wel een evident, en zeer basaal volksgezondheidsdoel. De relatie tussen de WCPV en de WMO is er wel, maar die ligt in de sfeer van het facetbeleid. Dat vormt echter geen reden om die wetten maar op een hoop te gooien en de WCPV-taken weer vijftien jaar terug in de tijd te plaatsen.

4.4 *Plaats en polariteiten*

De activiteiten op het gebied van de publieke gezondheidszorg kunnen we ook in veel gevallen zien als ‘voorliggend’ aan die van de WMO, de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Ze zijn immers, voorzover het gaat om gezondheidsbevordering en -bescherming en ziektepreventie, gericht op de gezonde burger, zodat die mede dankzij de publieke gezondheidszorg zonder hulp of hulpmiddelen maatschappelijk kan (blijven) participeren, gebruik kan maken van onder andere de algemene WMO-voorzieningen (denk aan sportaccommodaties) en niet bij de gemeente hoeft aan te kloppen omdat hij het niet meer zelf redt. Wat betekent dat en al het voorgaande nu voor het verdere betoog? In de eerste plaats kunnen we dat ‘voorliggende’ karakter als uitgangspunt kiezen om de plaats van de publieke gezondheidszorg, tot op zekere hoogte als domein, binnen de gezondheidszorg nader te bepalen.

We kunnen verder uit het historisch overzicht en de recente ontwikkelingen een aantal polariteiten distilleren. Welke polariteiten rond, zo men wil, dimensies van publieke gezondheidszorg zijn in het voorgaande expliciet of impliciet aan de orde geweest? We kunnen het volgende rijtje opstellen:

- *‘apart’–‘samen’*: eigen domeinen voor curatieve gezondheidszorg en zorg naast een domein voor publieke gezondheidszorg of met elkaar verflochten domeinen dan wel een geïntegreerd geheel;
- *normatief–pragmatisch*: behoort publieke gezondheidszorg een eigen domein te hebben of is het wel praktisch deze zorg in de WMO te stoppen?;
- *centraal–decentraal*: anders gezegd *staat–gemeenten*;
- *gelijkheid–verschil (vrijheid)*: ofwel *uniform–maatwerk*;
- publiekrechtelijke–privaatrechtelijke ordening: het hiërarchische bestuursparadigma versus het marktparadigma; overheidsdiensten versus ‘particulier initiatief’;
- natuurwetenschap–menswetenschap: toegespitst op respectievelijk ‘harde’ ‘objectiverende’ recepten van interventies (te koppelen aan de invloedsferen ‘biologische’ factoren’ en ‘fysiek milieu’, bijvoorbeeld groot deel infectieziektebestrijding) en ‘zachte’ ‘subjectiverende’ recepten van interventies (te koppelen aan ‘sociaal milieu’ en ‘gedrag’ (levensstijl), bijvoorbeeld de besproken voorkeur van Nijhuis voor een wijkgerichte aanpak).

Ten aanzien van enkele van die polariteiten is al wel een uitspraak te doen of valt een keuze te maken, maar voor een afgerond antwoord, zij het in grote lijnen, moeten we nog kijken naar een aantal aspecten van de publieke gezondheidszorg zelf. Ik beschouw eerst de WCPV nader op een aantal aspecten: het systeem van de wet, de beleidsvorming en de verdeling daarvan, de zogenoemde bevorderingstaken, de infectieziektebestrijding, de jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsdienst. Ik betrek daarbij enkele voltrokken dan wel lopende ontwikkelingen in het domein van de premie- en begrotingsgefinancierde collectieve preventie. Daarna volgt het slot met een grove schets omtrent een mogelijke en wenselijke plek van de publieke gezondheidszorg ten opzichte van de curatieve zorg, de verzorging en de maatschappelijke ondersteuning, anders gezegd ten opzichte van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Op grond van het betoog tot nu toe valt wel een normatieve stelling te verkondigen. Het lijkt gezien het ‘voorliggende’ karakter van de publieke gezondheidszorg en het beoogde karakter van de systemen voor de ‘cure en de care’ en de maatschappelijke ondersteuning een kwestie van behoren, of desgewenst van goed openbaar bestuur, als het domein van de maatschappelijke zorg tot een hechter publiekrechtelijk geheel wordt gesmeed, in ieder geval wat betreft zijn kern. Ik zal proberen een en ander hierna wat nader uit te werken.

5 Wetten en beleid

5.1 *De WCPV en de Kwaliteitswet zorginstellingen*

De Wet collectieve preventie volksgezondheid en de bijbehorende besluiten – het Besluit collectieve preventie volksgezondheid en het Besluit jeugdgezondheidszorg – kunnen we als basisregelingen zien voor de publieke gezondheidszorg. We zagen in paragraaf 2.15 dat dankzij het amendement Hermann de WCPV onder collectieve preventie nu datgene verstaat wat in een gebruikelijke omschrijving onder publieke gezondheidszorg wordt begrepen: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking en ziektepreventie dan wel vroegtijdige onderkenning van ziekten (art. 1 lid 1 onder b). We zagen ook dat die omschrijving nauw aansluit bij artikel 22 lid 1 van de Grondwet, waarin de overheid de opdracht krijgt de volksgezondheid te bevorderen. We kunnen stellen dat de WCPV een directe implementatie door de overheid omvat van de in de Grondwet aan haar gegeven opdracht. Daardoor kan de WCPV nu ook de Wet publieke gezondheidszorg of, zo men wil, de Wet op de public health dan wel Wet op de volksgezondheid genoemd worden.

Ik heb eveneens al aangeroerd dat het bij artikel 22 Grondwet gaat om een van de sociale grondrechten. Het gaat bij die sociale grondrechten veelal om objectieven die de overheid met geld en goede woorden moet bevorderen, omdat zij grotendeels in de samenleving werkzame krachten moet mobiliseren en op hun medewerking is aangewezen.⁷⁷ In het domein van de publieke gezondheidszorg is dat in relatief mindere mate het geval, omdat daarin de overheid gezien de aard van die zorg zelf een voorname actor is die maatregelen genereert en laat uitvoeren die bedoeld zijn de volksgezondheid rechtstreeks te bevorderen. Maar de uitspraak is waar, in zoverre dat ook de uitvoering van veel preventieve taken slechts kans maakt te lukken met hulp van vele actoren en met behulp van geld en overreding. We zien dat terug in het nog te bespreken preventiebeleid van de Minister van Volksgezondheid.

Ik bekijk de wet vooral met de hiervoor vermelde polariteiten in gedachten. De WCPV en haar besluiten regelen de taken die de gemeenten in medebewind zijn opgedragen (par. 2 ‘Gemeentelijke taken’) en de taken van het Rijk (par. 3 ‘Rijks-taken’). Daarmee wil de wetgever aangeven dat ‘de collectieve preventie een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van gemeenten en Rijk, en dat de genoemde bestuurslagen eigen – en complementaire – taken vervullen’.⁷⁸ De uitwerking is zodanig dat voor beide overheden een eigen, grotendeels autonoom gebied is beschreven, waarin ieder haar eigen beleid voert. In de wet zoals die tot 2003 golden heeft was amper sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het Rijk beperkte zich vrijwel tot de rol van systeemverantwoordelijke, dat wil zeg-

77 Prakke, de Reede en Van Wissen 2001, p. 391.

78 *Kamerstukken II* 2001/02, 28 063, nr. 3, p. 7.

gen voor de in de WCPV geregelde taken. Het Rijk behield daarnaast, tot op de huidige dag, zijn eigen gebied met premie- en begrotingsgefinancierde collectieve preventieactiviteiten, die het ter onderscheiding en om opportunistische redenen 'programmatische' activiteiten noemde. De taken van de gemeente worden in de wet verdeeld in zogenoemde bevorderingstaken (art. 2) en uitvoeringstaken (art. 3 en 3a). Ik zal deze achtereenvolgens behandelen, maar eerst dien ik nog het een en ander te schrijven over de Kwaliteitswet zorginstellingen, die inmiddels ook een basiswet vormt voor de publieke gezondheidszorg.

5.2 *De Kwaliteitswet zorginstellingen*

Welke juridische status hebben landelijke richtlijnen, draaiboeken, protocollen of standaarden die met het oog op de kwaliteit van zorg tot stand zijn gekomen? Die vraag lijkt van belang omdat nogal wat GGD'en op sommige punten afwijken van richtlijnen of soortgelijke stukken en kennelijk of mogelijk van plan zijn dat te blijven doen.⁷⁹ En het lijkt temeer nuttig omdat we nog zullen zien dat het ministerie van Volksgezondheid in sommige stukken die ik behandel de indruk wekt die wet niet te kennen dan wel haar aan zijn laars te lappen. Ik kijk voor een antwoord eerst naar het systeem van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), die immers op alle inhoudelijke taken zoals die omschreven zijn in de WCPV van toepassing is.

5.2.1 *Het systeem van de Kwaliteitswet*

Het systeem van de KZI neemt de zorgaanbieder als uitgangspunt: de zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan (art. 2 KZI). Zorgaanbieder is de natuurlijke persoon of rechtspersoon die een instelling in stand houdt. Instelling is het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg (art. 1 KZI). Bij de GGD'en zijn dat respectievelijk het openbaar lichaam dat op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen een GGD in stand houdt dan wel een gemeente als die een GGD als gemeentelijke dienst kent, en de GGD als organisatie.

Verantwoorde zorg is de (vage) norm en het uitgangspunt van de wet is dat de zorgaanbieder zelf in de praktijk aan die norm invulling dient te geven. Dat kan op verschillende manieren. 'Op welke wijze de zorgaanbieder de norm invult, is niet zozeer van belang. Waar het om gaat is dat een aanbieder – daarop aangesproken bijvoorbeeld – altijd aannemelijk kan maken dat op die wijze verantwoorde zorg wordt geboden.'⁸⁰ Bij de invulling van de norm heeft de zorgaanbieder houvast aan een veelheid van kenbronnen, zoals algemeen geldende zorgvuldigheidsnormen, wettelijke normen, afspraken vastgelegd door koepels van instellingen, adviezen van de Gezondheidsraad en protocollen en standaarden van beroepsgroepen. Maar: 'Een belangrijke leidraad voor zorgaanbieders is – nu

79 *Verschuivende beelden* 2004.

80 *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 9 (memorie van toelichting KZI).

en in de toekomst – de professionele ervaring en het gezond verstand, waarbij kenbronnen uiteraard wel een belangrijke rol spelen.⁸¹

Die vrijheid van de zorgaanbieder en de talrijke (algemene) kenbronnen laten onverlet, zo zegt de wetgever, dat het ontwikkelen van *concrete* inzichten omtrent verantwoorde zorg in aanzienlijke mate bijdraagt aan een goede werking van de wettelijke systematiek. Het is daarom van belang dat (organisaties van) zorgaanbieders, waar mogelijk in samenwerking met verzekeraars en patiëntenorganisaties, die inzichten omtrent het begrip verantwoorde zorg ontwikkelen. Maar zo vervolgt de wetgever: ‘Om in dit verband over normen te spreken gaat ons echter te ver. Wij reserveren de term “normen” voor de eisen die vastliggen in de wet. Het is de bedoeling dat de invulling van die normen gebeurt door een individuele zorgaanbieder vanuit diens eigen notie van verantwoorde zorg, toegesneden op de concrete situatie waarin hij werkzaam is.’⁸² De wetgever wil dat de ‘door partijen ontwikkelde richtlijnen en standaarden met betrekking tot concrete zorgsituaties’ niet leiden tot ‘een star en inflexibel keurslijf van normen’. ‘Een individuele instelling (dient) naar ons inzicht de ruimte te krijgen voor de ontwikkeling van een eigen, op de specifieke context van de instelling toegesneden kwaliteitsbeleid, mits daarbij gebleven wordt binnen de wettelijke voorwaarde van kwalitatief verantwoorde zorgverlening. In het geval dat een individuele instelling ervoor kiest het op een aantal punten “anders” te doen dan bijvoorbeeld op koepelniveau is afgesproken dient de betrokken instelling vanzelfsprekend wel te kunnen aantonen dat ook de door haar gehanteerde uitgangspunten en methoden leiden tot een verantwoorde zorgverlening.’⁸³

De Kwaliteitswet introduceerde ook de eis dat zorgaanbieders via kwaliteitssystemen de kwaliteit van de zorgverlening systematisch bewaken, beheersen en zonodig verbeteren (art. 4 KZI). In het verlengde van de ontwikkeling van die systemen – de interne kwaliteitsbewaking – ligt volgens de wetgever de externe kwaliteitsbewaking in de vorm van certificatie van deze systemen. De wetgever acht certificatie als sluitstuk van het kwaliteitsbeleid van instellingen zinvol, ook voor de patiënt en de zorgverzekeraar. En in een goed functionerend stelsel van interne en externe kwaliteitsbewaking kan de inspectie het accent leggen op ‘toezicht op toezicht’.

5.2.2 Bindende richtlijnen?

Het bovenstaande geeft in het kort het systeem van de Kwaliteitswet weer en de gedachten van de wetgever daarachter. Welke status hebben nu landelijke richtlijnen en dergelijke? Alle zaken in richtlijnen die niet in wetten voorkomen, hebben in de terminologie van de KZI de status van ‘kenbron’ of ‘concreet inzicht’. En dan geldt wat we hierboven hebben geciteerd uit de memorie van toelichting,

81 *Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3.*

82 *Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 10.*

83 *Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 11.*

namelijk dat de individuele instelling de ruimte dient te krijgen voor een eigen kwaliteitsbeleid, mits het daarbij maar blijft gaan om verantwoorde zorg. Het is in zo'n situatie aan de zorgaanbieder van die instelling om dat aannemelijk te maken jegens de cliënt, de Raad voor Accreditatie en/of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat kan lastig zijn als er in de betrokken beroepsgroep en/of onder andere deskundigheden (de Gezondheidsraad bijvoorbeeld) op grond van praktische ervaringen en/of onderzoek een breed gedragen ander inzicht heerst dan dat van de zorgaanbieder in kwestie en a fortiori als er een hard (natuur-) wetenschappelijk bewijs voor de juistheid van datgene wat richtlijnen voorschrijven voorhanden is. Maar onmogelijk is het niet omdat er in de (publieke) gezondheidszorg, 'veel waar is waarvan het (overtuigende) bewijs niet daar is' en specialisten niet zelden (hartgrondig) met elkaar van mening verschillen over, in dit verband, aspecten van verantwoorde zorg.

Landelijke richtlijnen, standaarden, draaiboeken en wat dies meer zij hebben dus, behoudens de daarin opgenomen wettelijke normen, het karakter van een niet direct bindende, maar krachtig aanbevolen gedragslijn, namelijk daar waar het gaat om door een betrokken beroepsgroep en/of andere deskundigen gedragen inzichten. De wettelijke norm bindt tenzij men overtuigend aantoonst dat in een bepaalde situatie afwijkend handelen gerechtvaardigd is of te verontschuldigen valt; een – in het kader van de KZI – aanbevolen gedragslijn bindt niet, tenzij men er niet slaagt van handelen dat ervan afwijkt aannemelijk te maken dat er ook dan sprake is van verantwoorde zorg. Gemeenten hadden in de oorspronkelijke WCPV, afgezien van enkele summere eisen omtrent de personeelsopbouw en de opleiding van GGD-personeel, de vrijheid om te bepalen wat kwaliteit van zorg was. Na het van toepassing verklaren van de Kwaliteitswet op de WCPV-taken is een proces in gang gezet om met de Kwaliteitswet in de hand te komen tot landelijke certificatie van die taken. In de praktijk zal dat betekenen dat die vrijheid van gemeenten in sterke mate aan banden wordt gelegd.

5.3 *Bevorderingstaken in de WCPV*

Het onderscheid tussen bevorderingstaken en uitvoeringstaken is in de huidige wet verwaterd. In de geldende wettekst zijn de meeste taken in artikel 2 lid 2 op geleide van adviezen van ter zake deskundige professionals uitgewerkt in een aantal verplichte ('in ieder geval', zegt de wet) zogenoemde werkzaamheden of deeltaken. Ze worden daardoor nu beschreven als uitvoeringstaken. Om de zaak voor het veld (voorzover dat kamerstukken leest) verwarrend te maken heeft de memorie van toelichting het bij herhaling over deze activiteiten als (exclusieve) uitvoeringstaken voor de GGD, hetgeen niet uit de wettekst te halen valt.⁸⁴ Maar zo worden zij door de GGD'en meestal wel gezien, ook al omdat veel diensten op de genoemde gebieden al jaren in enigerlei vorm actief zijn.

84 *Kamerstukken II 2001/02, 28 063, nr. 3, p. 3 en 10.*

In de oorspronkelijke wet, waarin minder taken opgenomen waren, die bovendien uiterst summier omschreven waren, hield 'bevorderen' echter in dat de gemeente haar best moest doen dat een bepaalde taak werd uitgevoerd. De gemeente moest 'de drijvende kracht zijn voor de totstandkoming, continuïteit en afstemming van preventieve activiteiten',⁸⁵ en daarvoor moest zij inzicht verwerven, gezondheidsaspecten bewaken, de hygiëne bevorderen en bijdragen aan preventieprogramma's, maar zij behoefde zulke activiteiten niet zelf uit te voeren (het mocht – en mag – dus wel). Een tweede reden waarom de wetgever in artikel 2 over bevorderen spreekt is dat hij daarmee duidelijk wil maken dat de WCPV niet 'deroogert aan bestaande wetgeving die raakvlakken heeft met de collectieve preventie (...)'.⁸⁶ Wetten die gerelateerd zijn aan de bevorderingstaken zijn onder andere de Tabakswet, de Wet op het bevolkingsonderzoek, de Wet milieubeheer, de Drank- en horecawet en de Warenwet. Soms krijgt de GGD bij wet een specifieke taak toebedeeld. Krachtens de Wet kinderopvang houdt de GGD toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang. Het ministerie van VWS heeft verder voorgesteld de GGD in het kader van de Warenwet te laten optreden als rapporteur bij het toezicht op tatoeage- en piercingshops. Ik ga daar verder niet op in.

Bevorderingstaken zijn divers van aard. Het gaat om:

- het verwerven van op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg (MMK);
- het bevorderen van technische hygiënezorg;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

5.3.1 Afstemmen

Deze taken moeten gelezen worden in relatie met artikel 2 lid 1: de gemeente bevordert de totstandkoming en continuïteit van de collectieve preventie, de samenhang daarbinnen en de afstemming tussen de collectieve preventie en de curatie en de zorg. Het steeds terugkerende onderwerp van de gemeente als de ideale actor voor de afstemming tussen preventie en curatie (of wat dan ook) – in allerlei vormen een vast onderdeel van het rijksrepertoire jubeltonen en 'hoera-woorden' – keert hier terug als een wettelijke taak van de gemeenten. Men zou ook kunnen zeggen: als een bevoegdheid. De gemeenten zijn immers 'thans uitdrukkelijk gelegitimeerd de verstrekkers en financiers van curatieve gezondheidszorg aan te spreken (...)'. Het is wel een bevoegdheid die 'met geld en goede woorden' moet worden waargemaakt en waarbij gemeenten steevast, maar

85 *Kamerstukken II 1988/89, 20 977, nr. 2, par. 3, 'Taken'.*

86 *Kamerstukken II 1988/89, 20 977, nr. 2 (MvT, artikelsgewijze behandeling, art. 5).*

wel terecht, klagen dat zij er geen financiële middelen voor hebben en niets kunnen afdwingen. In relatie tot de Zorgverzekeringswet neemt het belang van goed overleg toe, niet alleen op nationaal maar ook op lokaal niveau, met vooral commerciële zorgverzekeraars, opdat het volksgezondheidsbelang niet uit het oog wordt verloren (zie het voorbeeld in par. 3.4). Machtsmiddelen lijken de gemeenten hiervoor evenwel niet te krijgen in het nieuwe stelsel. Als we overzien wat we hebben gevonden over de afstemmingstaak van gemeenten in relatie tot de curatie, dan kunnen we niet anders zeggen dan dat het Rijk zegt : gemeenten, maak er het beste van, anders gezegd, het onderwerp 'afstemming' valt onder de beleidsvrijheid van gemeenten. In bijvoorbeeld de nota over de eerstelijnszorg vermeldt het kabinet als oplossingsrichting dat gemeenten gestimuleerd zouden moeten worden 'pro-actief om te gaan met de ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn', kortom: 'geld en goede woorden'.⁸⁷ Als de WMO zou worden ingevoerd komen de gemeenten deels in een andere positie, omdat zij dan immers zeggenschap krijgen over twee domeinen: WMO en collectieve preventie.

5.3.2 Taken

De twee eerste taken uit bovenstaande opsomming (par. 5.3), inzicht verwerven en gezondheidsaspecten bewaken, hebben te maken met de beleidstaak van de gemeenten. Epidemiologie ziet men, ondanks het feit dat die activiteit in een tussenwerpsel is verpakt, als een zelfstandige taak van de GGD, die ook onder de Kwaliteitswet valt. Die opvatting vindt haar grond in de paragraaf 2.5 vermelde Schets van de basisgezondheidsdiensten uit 1980. Daarin vormde epidemiologie een directe taak van de gezondheidsdienst. Het bewaken van gezondheidsaspecten doelt op het hiervoor al eens aangestipte facetbeleid: beleid in andere beleidssectoren met effecten voor de volksgezondheid.

De drie andere taken impliceren, zo staat het in de memorie van toelichting uit 1988, 'dat geen gemeentelijk monopolie wordt geschapen voor de uitvoering, doch dat de gemeenten actief naar buiten treden om samen met anderen, personen en instellingen, die hiervoor functioneel het meest zijn aangewezen, de benodigde activiteiten op te zetten'.⁸⁸ Het is dus de bedoeling dat de gemeente hier 'horizontaal' stuurt ten behoeve van de goede uitvoering van de collectieve preventie. In de huidige praktijk betekent een en ander dat veelal de GGD zo'n bevorderingstaak uitvoert. Maar het is aan de gemeente of, in geval van een gemeenschappelijke regeling, het GGD-bestuur om te beslissen of een taak aan de GGD wordt toevertrouwd en in welke mate. Allerlei varianten zijn mogelijk en inventarisaties laten zien dat daarbij met talloze relevante actoren wordt samengewerkt, zowel met instellingen en professionals binnen de gezondheidszorg als daarbuiten. Vooral bij openbare geestelijke gezondheidszorg is dat het geval,

87 *Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 4.*

88 *Kamerstukken II 2003/04, 29 247, nr. 4 (behandeling van art. 2).*

waarbij het dikwijls gaat om opvang van of 'bemoeizorg' voor dak- en thuislozen, 'zorgmijdende' of '-vliedende' psychiatrische patiënten dan wel verslaafden.⁸⁹

5.3.3 *Beschouwing*

Als we het rijtje polariteiten erbij nemen, dan zien we dat aan 'apart en samen' via horizontale verbanden vorm kan worden gegeven en wordt gegeven en dat het om deels eigensoortige collectief preventieve taken gaat. Het gaat om decentraal uit te voeren activiteiten, maar op centraal niveau is wel gedetailleerder dan vroeger bepaald wat er dient te gebeuren. De vrijheid van gemeenten is ingeperkt. En als datgene wat eraan zit te komen krachtens de Kwaliteitswet (richtlijnen, protocollen, standaarden, e.d.) wordt geïmplementeerd, dan wordt die vrijheid nog kleiner. We zien hier, als de WCPV en de Kwaliteitswet worden nageleefd, in vrij sterke mate centralisatie optreden. Het gaat voorts om taken die in publiekrechtelijk kader kunnen worden uitgevoerd, maar dat is niet voorgescreven en het is ook niet altijd het geval. Op het gebied van de technische hygiënezorg opereren bijvoorbeeld ook commerciële aanbieders en bij de OGGZ speelt uiteraard de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke rol. Het gaat tot slot om 'harde' (met name bij de MMK) en 'zachte' (onder andere bij de gezondheidsvoorlichting en de OGGZ) professionele kennis en kunde. Kortom, nuances en vervlechtingen in allerlei soorten en maten, maar toch ook deels een specifiek domein voor de publieke gezondheidszorg. Opvallend is de ontwikkeling richting centralisatie. Daartegen vallen tot op heden bijzonder weinig bezwaren te beluisteren.⁹⁰ Die centralisatie behoort men ook eerder te zien als een hersteloperatie om de gevolgen van de onberaden decentralisatie uit 1990 weg te werken dan als een (revolutionaire) vernieuwingsbeweging (met de daartegen optredende weerstand).

5.4 *Uitvoeringstaken in de WCPV*

'Uitvoeren' hield in de oorspronkelijke WCPV in dat de gemeente de desbetreffende taken, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg voor vier- tot negentienjarigen, zelf, dat wil zeggen via de GGD, moest uitvoeren. Dat kan men niet in tekst van de wet lezen, want de terminologie die daarin gebruikt wordt – 'draagt zorg voor de uitvoering' – laat allerlei mogelijkheden open. De memorie van toelichting is evenwel duidelijker: 'Dit artikel (namelijk het oorspronkelijke artikel 3 waarin infectieziekten en jeugdgezondheid voor vierjarigen en oudere kinderen waren geregeld; *WvdO*) geeft het gemeentebestuur *zelf* de verantwoordelijkheid voor de *uitvoering* van de (...) taken (...)'. En: 'Door middel van dit artikel wordt tegemoet gekomen aan de wens van de Tweede Kamer (...) om vastge-

89 OGGZ-activiteiten 2004.

90 Verschuivende beelden 2004, p. 44 e.v.

legd te zien welke uitvoerende werkzaamheden nadrukkelijk zijn voorbehouden aan de gemeente'.⁹¹ De redenen om vast te leggen dat de gemeente deze taken zelf moest uitvoeren verschillen. Bij de infectieziektebestrijding berust die opdracht 'op het principe dat de overheid, gegeven de aard van de materie ter zake het meest aangewezen is' die zorg uit voeren, anders gezegd, vanwege de directe relatie met openbare orde en veiligheid; bij de jeugdgezondheidszorg berust 'de zorgplicht van gemeenten niet op principiële doch op historische gronden'. De gemeenten hebben deze zorg immers zelf ontwikkeld en voor het grootste deel uit het Gemeentefonds bekostigd.⁹² Sinds 1 januari 2003 geldt die uitvoeringsplicht alleen nog voor de infectieziektebestrijding zoals die omschreven is in het huidige artikel 3 WCPV. De gemeenten hebben nu voor de gehele jeugdgezondheidszorg of delen daarvan de keuze tussen de GGD en/of de thuiszorg als uitvoeringsorganisaties (art. 5a WCPV).

5.4.1 *Infectieziektebestrijding*

De bestrijding van infectieziekten is een klassieke taak van de overheid en vormt een van de kernfuncties van de gemeente en de GGD op het gebied van de collectieve preventie. In de oorspronkelijke WCPV was echter alleen de preventie die betrekking had op tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen en aids aan de gemeenten en hun GGD'en opgedragen. Die taken waren daarvoor al bij de diensten ondergebracht en de WCPV codificeerde voor een belangrijk deel een eind jaren tachtig bestaande toestand. Aangenomen kon worden dat de rest van de te voorkomen of te bestrijden infectieziekten onder de verantwoordelijkheid van het Rijk viel. Duidelijk was dat niet. In de praktijk vatten de GGD'en hun taak meestal ruimer op dan de wettekst aangaf. In het historisch overzicht is beschreven dat de WCPV-taken met een minimum aan regels aan de gemeenten werden opgedragen. Dat was dus ook het geval met de infectieziektebestrijding. (Formele) mogelijkheden voor een landelijke sturing ontbraken en de gevolgen daarvan werden duidelijk bij de eerste de beste uitbraak van enige omvang, de polio-epidemie van 1992. Het belang van een goed werkend systeem van infectieziektebestrijding met bovenregionale regie was daarmee iedereen weer duidelijk. Het systeem is daarna stap voor stap opgelapt.

Het systeem

Zeer in het kort weergegeven zit het systeem op dit ogenblik als volgt in elkaar. De infectieziektebestrijding wordt voornamelijk beheerst door de WCPV, het Besluit CPV, de Infectieziektenwet en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De gemeente – na inwerkingtreding van de regels omtrent dualisering is dat binnen de gemeente het college van Burgemeester en Wethouders – zorgt voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding. Daaronder valt een aantal werkzaamheden,

91 *Kamerstukken II 1988/89, 20 977, nr. 2 (MvT, toelichting art. 3).*

92 *Kamerstukken II 1988/89, 20 977, nr. 2 (MvT, par. 3).*

zoals voorlichting aan de burger, actieve bron- en contactopsporing en het verzamelen van epidemiologische gegevens. De werkzaamheden worden uitgevoerd door de GGD van de gemeente. Krachtens de Infectieziektenwet dienen artsen, laboratoria en instellingen waar voor infectieziekten kwetsbare personen verblijven, bijvoorbeeld verpleeghuizen, bij de GGD melding te doen van vastgestelde gevallen van in de wet genoemde infectieziekten of vermoedens daaromtrent. Indien er gevaar is voor verspreiding van een infectieziekte kan de burgemeester bepaalde maatregelen nemen, zoals opneming ter isolatie of vernietiging van waren. De infectieziektebestrijding valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. De GGD, als uitvoerder, dient onder toezicht van Inspectie voor de Gezondheidszorg derhalve verantwoorde zorg te leveren. Tot de infectieziektebestrijding behoort ook de bestrijding van epidemieën. In bijzondere omstandigheden kunnen de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen toegepast worden. De leiding van de acties komt dan in handen van de burgemeester. Krachtens de Infectieziektenwet kan de Minister van Volksgezondheid hem sinds begin 2004 in bepaalde gevallen aanwijzingen geven. Verderop kom ik daarop terug. Hoewel de genoemde wetten zich richten tot de individuele gemeente, is de collectieve preventie van infectieziekten en de bestrijding ervan in de praktijk vooral een zaak van de regionale GGD'en, maar in ziekenhuizen en soortgelijke instellingen is het voorkomen en bestrijden van ziekenhuisinfecties uiteraard ook een zaak van collectief belang, naast de taak die artsen en zorginstellingen hebben om resistentie van micro-organismen tegen antibiotica tegen te gaan.

Uit het voorgaande valt op te maken dat er in de infectieziektebestrijding drie niveaus van preventie en bestrijding kunnen worden onderscheiden; niveaus die onderling talloze relaties hebben. Primair staat uiteraard de individuele preventie of behandeling van een infectieziekte door huisarts of ziekenhuis. Daarop volgen de collectieve preventie en bestrijding van infectieziekten die op de schaal van de GGD-regio zijn uit te voeren. Zoals al gezegd, primair een zaak van de regionale GGD'en en de daarbij betrokken gemeenten. Het derde niveau is dat van de collectieve preventie en bestrijding van infectieziekten die vanwege de omvang van de bedreigingen van de volksgezondheid op nationaal of internationaal niveau moeten worden gestuurd en gecoördineerd (en regionaal of lokaal moeten worden uitgevoerd door gemeenten, hun diensten en zo nodig door andere in te schakelen organisaties).

Hoe zag die nationale 'bovenbouw' van de infectieziektebestrijding er echter na de inwerkingtreding van de WCPV in 1990 uit? Door de met de VNG afgesproken decentralisering en deregulering (zie historisch overzicht) was de rol van het Rijk met betrekking tot de collectieve preventie gereduceerd tot die van systeemverantwoordelijke, in feite tot de rol van wetgever en financier via het Gemeentefonds, en die van toezichthouder via zijn Inspectie, die echter weinig houvast had wat betreft toetsingsnormen, want de kwaliteit van zorg was formeel een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Verder was er nog de landelijke programmati-

sche preventie met als belangrijk onderdeel wat betreft de infectieziektebestrijding het rijksvaccinatieprogramma en het RIVM als kennis- en onderzoekscentrum. In het Besluit CPV van 1992 komt het begrip epidemie niet voor en in de toelichting wordt er evenmin over gerept. Over bovenregionale uitbraken en de noodzaak tot sturing op nationaal niveau werd niet gesproken.

De situatie veranderde na de polio-epidemie in 1992 geleidelijk langs twee lijnen, die van de kwaliteit en die van de crisisbestrijding. Vooreerst werd in 1995 aan het Besluit CPV toegevoegd dat de gemeente ook een epidemie van infectieziekten moest voorkomen dan wel bestrijden.⁹³ In 1996 werd de in de WCPV omschreven infectieziektebestrijding aangewezen als zorg in de zin van de Kwaliteitswet.⁹⁴ En in 1997 werd de WCPV aangevuld met een definitie van een epidemie van infectieziekten en met de bepaling dat de minister een gemeente een aanwijzing kan geven terzake van de bestrijding van een epidemie, indien deze geen behoorlijke maatregelen treft.⁹⁵ In wezen is dit een specifieke 'taakverwaarlozingsregel', in afwijking van de artikelen 123 en 124 Gemeentewet. Een directe wettelijke bevoegdheid voor de staat voor nationaal crisismanagement werd daarmee nog niet geschapen.

Een grote materiële verbetering vormde, al weer als gevolg van de polio-epidemie, de oprichting in 1995 van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). In 2001 heeft de Minister van Volksgezondheid de Tweede Kamer ingelicht over de toen na evaluatie aangepaste vormgeving van de LCI.⁹⁶ Hoe ziet die structuur er thans in hoofdlijnen uit? Er is een bureau LCI, gesitueerd bij GGD Nederland dat buiten crisissituaties werkt aan landelijk uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten, onder ander neer te leggen in draaiboeken en protocollen. Daartoe dient een Landelijk Overleg Infectieziekten. Verder vervult het bureau een vraagbaakfunctie voor de GGD'en. Het is in normale omstandigheden dus vooral een kwaliteits- en consultatiebureau. In crisissituaties ressorteert het bureau onder VWS en zorgt voor het opstellen en doorgeleiden van besluiten naar de GGD'en. Die besluiten worden genomen – op advies van een 'Outbreak Management Team' (OMT) van inhoudelijke deskundigen – door een zogenoemd Bestuurlijk Afstemmings Overleg (BAO). In dat BAO participeren, onder voorzitterschap van de directeur-generaal voor de Volksgezondheid, naast medewerkers van VWS onder andere de Inspectie voor de Gezondheidszorg (gezien haar taken in het kader van de Infectieziektenwet), de VNG en GGD Nederland. Zo nodig participeren andere relevante partijen. Het BAO adviseert de minister. Besluiten van de minister berusten in feite op instemming van de betrokken partijen, waarbij er tot voor kort op vertrouwd moest worden dat ze door de gemeenten en hun GGD'en zouden worden uitgevoerd. Gebeurde dat

93 Stb. 1996, 35.

94 Stb. 639.

95 Stb. 219.

96 *Kamerstukken II 2000/01, 25 295, nr. 3.*

niet, dan kon de minister gebruik maken van zijn aanwijzingsbevoegdheid in de WCPV. Een directe formele bevoegdheid richting gemeenten en GGD'en voor nationale crisisbestrijding op het gebied van infectieziekten had de minister nog steeds niet. Ook in de vernieuwde WCPV werd daarover niets opgenomen. In het nieuwe Besluit CPV is wel expliciet vastgelegd dat de gemeenteraad (lees: Burgemeester en Wethouders) zorgt dient te dragen voor de bestrijding van epidemieën van infectieziekten (art. 3).

Een recente uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden van het Rijk voor landelijke coördinatie en aansturing bij de infectieziektebestrijding vond plaats door de inwerkingtreding in 2004 van wijzigingen van de Infectieziektenwet.⁹⁷ Aanleiding vormde het risico van een terroristische aanval met het pokkenvirus. De ziekte is de wereld uit. Er wordt al lang niet meer tegen gevaccineerd, maar het virus wordt nog op enkele plaatsen bewaard. Pokken is een ziekte die een hoge besmettelijkheid combineert met een hoge mortaliteit. Het virus is dus een prima wapen voor bioterroristen. Naast maatregelen gericht op personen zijn nu in de Infectieziektenwet enkele bepalingen (art. 26a) opgenomen over de coördinatie en aansturing bij een uitbraak van een ernstige infectieziekte van hoge letaliteit en besmettelijkheid. De Minister van VWS kan de burgemeester ten aanzien van de bestrijding thans rechtstreeks aanwijzingen geven en de hoofdinspecteur voor de public health kan dat aan de directeur van de GGD, alles naar rang en stand dus. Verder heeft de LCI een wettelijke basis gekregen met daarin als taakopdracht het opstellen van draaiboeken voor de bewuste categorie ziekten, pokken voorop. De minister stelt het draaiboek vast om te verzekeren, zo staat het in de memorie van toelichting, dat zo'n draaiboek ook zal worden gehanteerd.⁹⁸ Deze regeling biedt het Rijk een betere wettelijke basis voor nationale coördinatie, maar deze is beperkt tot de enkele zeer besmettelijke ziekten.

Bijzonderheden

De plaatsing in de Infectieziektenwet is op de keper beschouwd merkwaardig. Het gaat om bestuurlijke bevoegdheden voor het Rijk jegens gemeenten en GGD'en in het kader van de collectieve preventie tegen infectieziekten; je zou die daarom mogen verwachten in de WCPV. En waarom de LCI opgenomen in de wet? De LCI is in feite een *pars pro toto*, namelijk uitvoeringsorgaan voor crisisbestrijding en kwaliteitsbureau in het kader van de Kwaliteitswet. Wat de crisisbestrijding betreft behoren de taken en bevoegdheden van het Rijk wettelijk te worden vastgelegd; de uitvoeringsstructuur kan ook in een ministerieel besluit zijn opgenomen. De positie van de LCI als kwaliteitsbureau is bovendien op grond van de Kwaliteitswet een zaak voor het 'veld' en als zodanig behoort het helemaal niet in een wet thuis. En wat is de betekenis van de vaststelling van draaiboeken door de minister? De memorie van toelichting zegt er niets over.

97 Stb. 154.

98 *Kamerstukken II* 2002/03, 28 868, nr. 3.

Welke status krijgt een draaiboek daardoor? Zo'n boek kan afwegingen of uitleg bevatten en dan kan het voor die onderdelen om beleidsregels gaan in de zin van artikel 1:3 Algemene wet bestuursrecht. Een ministeriële regeling is nog een andere mogelijkheid.⁹⁹ Maar geeft een draaiboek algemeen verbindende voorschriften? Als we de inhoud van enkele recente draaiboeken nalopen dan blijkt dat ze veel (achtergrond)informatie bevatten, naast actiepuntenlijstjes geformuleerd als aanbevelingen. Met enige goede wil kan men een deel van de teksten als beleidsregels opvatten, maar er valt geen algemeen verbindend voorschrift in te ontdekken.¹⁰⁰ In beginsel zou een draaiboek als ministeriële regeling kunnen worden vastgesteld, maar dan moet het anders worden opgezet dan de geraadpleegde draaiboeken.¹⁰¹ Als ik het goed zie is de meest gereede formele status van de inhoud van de huidige draaiboeken die van richtlijnen voor verantwoorde zorg in de zin van de Kwaliteitswet. In dat geval kan een draaiboek indirect bindend zijn. Maar dan behoort de minister een draaiboek niet vast te stellen. Een draaiboek is natuurlijk een zeer nuttig praktisch instrument, zo nodig ook voor het geven van aanwijzingen aan het lokale bestuur en/of de GGD. De vaststelling door de minister kan daarom geen kwaad, maar meer dan symbolische waarde lijkt die niet te hebben.

Nieuwe ontwikkelingen

We zagen in het voorgaande dat de huidige (wettelijke) structuur van de infectieziektebestrijding in ieder geval wat betreft de bestrijding op het nationale niveau nog niet aan alle eisen voldoet. In twee brieven aan de Tweede Kamer heeft de Minister van Volksgezondheid een fors aantal acties aangekondigd (waarvan de uitvoering inmiddels ter hand is genomen).¹⁰² De risico's van infectieziekten zijn de laatste jaren sterk gegroeid. Uitbraken en epidemieën lijken elkaar sneller dan vroeger op te volgen. Preventie en bestrijding hebben daardoor nationaal en internationaal een veel hogere politieke prioriteit gekregen. Om de bedreigingen en problemen het hoofd te kunnen bieden moeten de huidige problemen van het systeem in rap tempo worden weggenomen en moet er een flexibele organisatie tot stand komen die snel kan reageren op (naderend) onheil.

Vele knelpunten komen in de brieven aan de Kamer aan de orde. De meeste zijn overigens (op zichzelf) al jaren bekend.¹⁰³ Het gaat daarbij in de eerste plaats om de kwaliteit van de uitvoering. Er vallen op dit punt grote verschillen te constateren tussen de GGD'en. Protocollen en andere kwaliteitsnormen komen te traag tot stand en het gebruik ervan is te vrijblijvend. De organisatie is voorts te decen-

99 Prakke, de Reede en Van Wissen 2001, p. 568.

100 Draaiboek pokken 2003 en Beleidsdraaiboek influenzapandemie 2004.

101 De huidige formulering in art. 26a Infectieziektenwet zal dan ook moeten worden aangepast gezien aanwijzing 27 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

102 *Kamerstukken II* 2003/04, 22 894, nr. 29, en 2004/05, 25 295, nr. 13.

103 Zie onder andere: Smetteloze Kwaliteit 1999.

traal gefundeerd (een uitdrukkelijke, zij het opportunistische keuze van de politiek in de late jaren tachtig, zo zagen wij in het historisch overzicht). De voorbereiding op de bestrijding van epidemieën is onvoldoende verankerd (al bekend sinds ten minste 1992). De samenhang tussen de infectieziektebestrijding en de hulpverlening bij rampen moet verbeterd worden. En, zoals ik hiervoor al constateerde, de wettelijke basis voor grootschalig en landelijk optreden vertoont nog steeds gebreken.

Wat behelzen de voornemens in grote lijnen? Het belangrijkste novum is de oprichting van een binnen het RIVM, dus binnen de VWS-organisatie, gepositieerd Centrum voor Infectieziekten. Het moet de professionele schakel worden tussen wetenschap, beleid en praktijk en een scala aan taken gaan vervullen, onder andere inhoudelijk leiding geven aan bovenregionale crisisbestrijding, draaiboeken en richtlijnen maken, onderzoek (laten) doen, de coördinatie op zich nemen van het rijksvaccinatieprogramma en ondersteuning bieden aan GGD'en bij crises door bijvoorbeeld tijdelijke detachering van ervaren deskundigen. Het moet ook de contacten onderhouden met het recent opgerichte *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDPC) en de Wereldgezondheidsorganisatie. De LCI gaat op in het centrum. Het centrum zal het landelijk uniforme beleid straks ontwikkelen. Het wordt de centrale actor bij de aanpak van de geconstateerde inhoudelijke problemen. De regionale GGD'en moeten voor de infectieziektebestrijding gaan samenwerken in zeven bovenregionale verbanden voor het ontwikkelen van programma's en dergelijke. Daarin moeten ook (expertise)centra voor tuberculosebestrijding en seksueel overdraagbare aandoeningen worden ondergebracht. Van de gemeenten wordt verwacht dat 'zij hun verantwoordelijkheid nemen' bij de versterking van de infectieziektebestrijding, hetgeen vooral wil zeggen dat zij er meer geld in moeten stoppen. Als ze niet in voldoende mate hun best doen, moet zo nodig de wetgeving worden aangepast. De minister laat in ieder geval nagaan welke maatregelen nodig zijn om gemeenten effectiever te kunnen bijsturen. Duidelijk moet zijn dat de Minister van VWS het centrale bestuurlijke gezag vormt voor de infectieziektebestrijding. Er zal daarom gewerkt worden aan vergroting van de bevoegdheden van het rijk.

Beschouwing

Vergeleken bij de beperkte ingrepen uit vroeger jaren en de voorzichtige toon die bijvoorbeeld minister Borst aansloeg, ademen de hier samengevatte voornemens van VWS een heel andere geest uit. Van alles moet ferm, flink en zo ongeveer per ommekeer worden aangepakt. De minister vraagt medewerking van allerlei partijen, in de eerste plaats van gemeenten en GGD'en, maar het wordt dan wel: betalen maar niet bepalen. Als die medewerking niet in voldoende mate van de grond komt dan moet wet- en regelgeving uitkomst bieden. Er zit een sterke 'verticale' teneur in de brieven. Zo moeten inhoudelijke protocollen en richtlijnen dwingend worden voorgeschreven. Afgezien van het kenmerkende tautologische woordgebruik, als het ministerie van VWS dat wil zal het toch eerst de Kwaliteitswet voor de infectieziektebestrijding buiten werking moeten stellen. De brie-

ven zijn, kortom, in een soms wat irriterende 'ferme-jongens-stoere-knapen'-taal gesteld, maar zijn over het algemeen wel duidelijk. En laat daar geen misverstand over bestaan: de infectieziektebestrijding verdient een heldere, bijkans militaire organisatie. Wat zouden de gevolgen zijn als alle voornemens realiteit worden? Als ze geheel en goed worden uitgevoerd (daar gaat meestal de schoen wringen) zouden ze een grote (feitelijke) verandering in het systeem van infectieziektebestrijding kunnen bewerkstelligen. Als we de rij polariteiten uit paragraaf 4.4 lang-slopen, dan valt het oog meteen op het paar centraal-decentraal. De uitvoering blijft een regionale aangelegenheid, maar we zouden mogen verwachten dat de infectieziektebestrijding in sterke mate, direct of indirect, centraal zal worden gestuurd. Dat past ook bij de aard van de aandoeningen en de aanpak daarvan. Als echter de financiering via het Gemeentefonds blijft lopen, ontstaan er vast en zeker problemen. Natuurwetenschappelijke kennis en daarop gebaseerde routines staan in de infectieziektebestrijding voorop. Een centrale rol van het RIVM is dan ook zeker op zijn plaats. Uitbraken en de dreiging daarvan kunnen evenwel tot zeer grote maatschappelijke onrust leiden zoals we bijvoorbeeld in 2001 en 2002 nog hebben kunnen zien bij uitbraken van meningokokkose. Menswetenschappelijke kennis, mensenkennis en vooral bestuurlijke wijsheid zijn daarom onmisbare elementen voor een adequate bestrijding. Uniformiteit in handelen past eveneens bij dit veld, maar het mag niet tot starheid leiden. Aan het 'front' moet men naar bevind van zaken kunnen handelen. Infectieziektebestrijding is verder vanwege haar relatie met openbare orde en veiligheid een terrein waar de staat (in samenwerking met de Europese Unie en de WHO) bij uitstek een dominante rol behoort te vervullen. Wat dat betreft is hij de afgelopen jaren in gebreke gebleven en heeft de staat door de infectieziektebestrijding met de WCPV 'over de schutting te gooien' naar de gemeenten wel het nodige goed te maken. Het 'samen' doen blijft evenwel in alle denkbare constellaties van groot belang. Wat mag de burger per slot van de overheid verwachten? Kort gezegd: een voortreffelijk systeem van infectieziektepreventie en -bestrijding waarop hij mag vertrouwen.

5.4.2 *Jeugdgezondheidszorg*

Het systeem

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) richt zich met collectieve preventie op de jeugd van nul tot negentien jaar, hun ouders en intermediaire instellingen, zoals scholen. De JGZ behoort tezamen met de infectieziektebestrijding tot de oudste taken binnen de publieke gezondheidszorg. Het is ook veruit de omvangrijkste taak en een van de oudste taken van de GGD'en en de thuiszorgorganisaties, in zoverre zij vroeger kruisverenigingen waren. De gemeenten hebben in het verleden meestal de schoolgezondheidszorg opgezet, vandaar dat de GGD'en de vier- tot negentienjarigen onder hun hoede hebben en de kruisverenigingen meestal de zuigelingen- en kleuterzorg. De thuiszorgorganisaties voeren daarom in de meeste gevallen de nul- tot vierjarigenzorg uit, zorg die men nu de ouder- en

kindzorg noemt. Begin 2004 waren er zestig thuiszorgorganisaties die dat deden en veertig (thans 39) GGD'en, waarvan die van Nijmegen en Amsterdam de gehele jeugdgezondheidszorg uitvoerden. Die historische verdeling, de 'cesuur' in de wandeling, was via de motie Veder-Smit (zie par. 2.4 en volgende) in de WCPV bevestigd. Dat hield in dat de JGZ van de GGD'en onder regie van de gemeenten stond krachtens de WCPV en dat de JGZ van de thuiszorg tot de AWBZ-aanspraken behoorde.

Voor de jeugdgezondheidszorg is in het kader van het programma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' in de tweede helft van de jaren negentig een zeer intensief proces gevolgd dat ertoe heeft geleid dat in de vernieuwde WCPV de gemeenten zorg moeten dragen voor de gehele jeugdgezondheidszorg, de zogenoemde 'integrale' JGZ. Het rijksvaccinatieprogramma dat door de jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd is een AWBZ-aanspraak gebleven evenals enkele postnatale screenings. De inhoud van de jeugdgezondheidszorg is sterk programmatisch van karakter en is uiteengefeld in een basistakenpakket waarvan de hoofdzaken (de 'productgroepen') zijn vastgelegd in artikel 3a WCPV, een verdere uitwerking (in 'producten') in het Besluit jeugdgezondheidszorg en de detaillering (in 'activiteiten') in een buitenwettelijk basistakenpakket. Het gaat om een geïntegreerd pakket werkzaamheden en het omvat daarom ook de wettelijke delen.¹⁰⁴ Het buitenwettelijke deel behoort met verdere uitwerkingen in richtlijnen tot het domein van de Kwaliteitswet.¹⁰⁵ Het basistakenpakket dat in het Besluit JGZ is vastgelegd, bestaat uit een uniform deel dat aan alle daarvoor in aanmerking komende kinderen moet worden aangeboden en een veel kleiner maatwerkdeel dat de gemeente als zodanig eveneens moet aanbieden, maar waarvan het de invulling dient af te stemmen op de lokale omstandigheden en de zorgbehoeften van de jeugdigen.¹⁰⁶ Vanuit professionele hoek is op die verdeling scherpe kritiek geleverd.¹⁰⁷ In het maatwerkdeel zitten namelijk belangrijke activiteiten als inschatting van de zorgbehoefte, voorlichting en de concrete interventies ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen, die volgens de professionals tot de kernactiviteiten van de JGZ behoren. Ten aanzien van het uniforme deel heeft de gemeenten geen beleidsvrijheid, maar alleen de regie over de uitvoering, wat betreft het maatwerkdeel heeft zij die vrijheid wel,¹⁰⁸ maar ze dient de werk-

104 Zoals men het bij de infectieziektebestrijding nodig vindt om het in de Infectieziektenwet genoemde draaiboek door de minister te laten vaststellen, vond staatssecretaris Vliegenthart het nuttig het basistakenpakket zelf vast te stellen. Voor het wettelijk deel is dat overbodig, voor het buitenwettelijk deel is dat in strijd met de Kwaliteitswet. Basistakenpakket JGZ 2002.

105 *Kamerstukken II 20/02, 28 063, nr. 3, p. 5* (MvT bij de wijziging WCPV).

106 Stb. 2002, 550, p. 4 (Toelichting bij het Besluit JGZ).

107 Onder anderen prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, NCOG-congres, 6 oktober 2004.

108 Stb. 2002, 550, p. 5.

zaamheden die het Besluit JGZ opsomt wel in enigerlei mate uit te voeren (art. 2 Besluit JGZ). De gemeente heeft, op het gebied van haar medebewind, gezien het voorgaande een vrij kleine beleidsruimte, maar ze heeft wel een belangrijke regierol toebedeeld gekregen. Daartoe behoort ook krachtens artikel 2 WCPV de taak om de afstemming tot stand te brengen tussen de JGZ, het lokale jeugdbeleid en de jeugdzorg (de ketenbenadering).¹⁰⁹

De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg dient in zoverre geïntegreerd te verlopen dat zij een doorlopend geïntegreerd proces vormt. Daar is het basistakenpakket ook op gebouwd. Het is evenwel niet vereist dat de uitvoering in een instelling moet zijn ondergebracht (art. 5a WCPV). Geïntegreerde JGZ is wat betreft de uitvoering ook geïntegreerd, dat wil zeggen voldoet aan de desbetreffende wettelijke eisen omtrent integratie, als twee of meer instellingen in een gemeente de uitvoering voor hun rekening nemen, mits die instellingen er onder verantwoordelijkheid en tot genoegen van de gemeente en onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg maar zorg voor dragen dat het uitvoeringsproces een geheel vormt.

De financiering is aan het nieuwe systeem aangepast, zij het voorlopig tijdelijk, namelijk tot en met 2007. Er is sprake van begrotingsfinanciering voor de gehele JGZ. Het Rijk verstrekt jaarlijks aan de gemeenten een uitkering voor de uitvoering van de wettelijke verplichte taken op het gebied van de JGZ (het zogenoemde uniforme deel van het basistakenpakket), naast de reeds in het Gemeentefonds aanwezige middelen voor de jeugdgezondheidszorg.¹¹⁰ Tenzij op basis van een evaluatie in 2006 anders wordt besloten, zal de rijksoverheid de middelen voor de specifieke uitkering per 2008 in het Gemeentefonds storten. Wat van dit voornemen de zin is ontgaat velen: geen enkele beleidsvrijheid voor de gemeente, maar wel zelf bekostigen.

De cesuur in de jeugdgezondheidszorg

De wetgever beoogde met de hierboven samengevatte herordening de cesuur in de jeugdgezondheidszorg op te heffen. Het opvallende aan de nieuwe regeling is nu dat het voor de burgers, de gemeenten en de betrokken instellingen meest in het oog vallende element van die cesuur, namelijk de splitsing in de uitvoeringorganisatie, bij wet niet werd opgeheven. Het staat de gemeentebesturen namelijk vrij om de in de WCPV genoemde JGZ-taken of onderdelen daarvan te laten uit-

109 *Kamerstukken II 2001/02, 28 063, nr. 3, p. 4.*

110 *Tijdelijke regeling specifieke uitkering jeugdgezondheidszorg. Strct. 2002, nr. 204.*

voeren door de consultatiebureaus (van de thuiszorgorganisaties) en/of door de GGD'en.¹¹¹

In het kader van de versterking van de openbare gezondheidszorg stelde de regering in 2002 in haar Voorstel van wet ter wijziging van de WCPV voor een artikel 5a op te nemen dat beoogde de gemeente de vrije hand te geven met betrekking tot de organisaties door wie zij de jeugdgezondheidszorg of delen daarvan wilde laten uitvoeren: '(...) de gemeenteraad vrijstaat (de JGZ of delen daarvan) over te laten of mede over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst'.¹¹² In haar Nota naar aanleiding van het verslag licht de regering haar voorstel betreffende een artikel 5a nader toe: '(...) dat (de gemeente) de haar opgedragen uitvoeringstaken (met betrekking tot de JGZ) daar neerlegt waar deze vanuit bij een bepaalde organisatie bestaande deskundigheid het beste uit te voeren vallen'.¹¹³ Die gemeentelijke vrijheid ging de Tweede Kamer te ver (ondanks het adjectief 'bestaande' in de toelichting). De gemeenten moesten wel meer mogelijkheden tot (organisatorische) integratie van de JGZ krijgen, maar de bestaande expertise van GGD'en en consultatiebureaus voor ouder- en kindzorg moest worden veiliggesteld. Er mochten geen nieuwe aanbieders bij komen. Na een wat warrige discussie in de Kamer kwam de huidige redactie van artikel 5a WCPV tot stand door overneming van een amendement Arib: '(...) taken of onderdelen van taken (...) te laten uitvoeren door instellingen voor zorg aan ouder en kind als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.' Dat ook de GGD diezelfde taken kan uitvoeren blijkt uit artikel 5.

De bedoeling achter deze formulering werd (merkwaardigerwijs) in het kamerdebat op een voor alle kamerleden aanvaardbare manier verwoord door staatssecretaris Vliegthart.¹¹⁴ Het kernpunt voor de ordening van de JGZ-taken is dat de gemeente de regie voert over de gehele JGZ. Consultatiebureaus en GGD'en die hun werk goed doen moeten hun JGZ-taken kunnen continueren. Het amendement Arib (de huidige tekst van artikel 5a) biedt echter de ruimte om op lokaal niveau meer afstemming en samenhang tot stand te brengen. Een verschuiving van taken van GGD naar thuiszorg of omgekeerd behoort in zo'n proces tot de

111 Behalve wat betreft het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreiging (art. 3a. lid 2 onder e WCPV). Deze uitzondering berust overigens op een misverstand bij de Tweede Kamer over de aard van die maatregelen. Het gaat namelijk niet, zoals in de toelichting bij het amendement staat dat geleid heeft tot het huidige artikel 5a, om algemene (verbindende) maatregelen gericht op samenhang tussen JGZ, jeugdbeleid en jeugdzorg, maar om professionele interventies in de sfeer van voorlichting, advies en dergelijke of gericht op beleidsbeïnvloeding; *Kamerstukken II 2001/02*, 28 063, nr. 17, en Basistakenpakket JGZ 2002.

112 *Kamerstukken II 2001/02*, 28 063, nr. 2, onderdeel F.

113 *Kamerstukken II 2001/02*, 28 063, nr. 6.

114 *Handelingen II 2001/02*, p. 4350 e.v.

mogelijkheden. De gemeente kan naar eigen inzichten de JGZ-taken verdelen over beide instellingen, maar kan ook alle taken aan een van die twee organisaties opdragen, mits dat gebeurt in een zorgvuldig proces (waardoor de aanwezige expertise niet verloren zou gaan) en een samenhangende en kwalitatief verantwoorde uitvoering het resultaat is.

Duidelijk blijkt uit de discussie dat het voorgaande in ieder geval geldt voor de 'eigen' GGD van een bepaalde gemeente en voor de op 31 december 2002 in die gemeente werkzame thuiszorgorganisatie(s) die consultatiebureaus voor ouderen kindzorg exploiteerde(n) zoals bedoeld in het op die datum nog vigerende artikel 26a van Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.¹¹⁵ Blijft staan de vraag of het de gemeente vrijstaat om de uitvoering van (delen van) de JGZ op te dragen aan andere instellingen dan de 'eigen' (regionale) GGD of de op 31 december 2002 op het grondgebied van die gemeente werkzame 'instelling(en) voor zorg aan ouder en kind'. Tijdens de discussie in de Tweede Kamer lieten zowel kamerleden als de staatssecretaris zich daar niet over uit. De teksten van de artikelen 5 en 5a WCPV bieden evenwel ruimte voor een brede (grammaticale) interpretatie. Wat betreft de taken van de GGD heeft de gemeente, ook gelet op de toelichting bij de wet, vrijwel de vrije hand. Zij moet een GGD in stand houden, maar zij heeft, op de infectieziektebestrijding genoemd in artikel 3 WCPV na, de bevoegdheid om WCPV-taken – maar evenzeer andere taken – of aan de eigen GGD op te dragen of aan een andere organisatie. Een andere organisatie dan de eigen GGD hoeft niet een binnen de desbetreffende gemeente gevestigde of op dat moment op haar grondgebied werkzame instelling te zijn. Het kan ook een andere GGD zijn, zoals we bijvoorbeeld zien bij de tuberculosebestrijding of de medische milieukunde. De beperking die in artikel 5a WCPV ten aanzien van de uitvoering van de JGZ is ingevoerd, heeft zoals we zagen slechts tot doel bestaande expertise veilig te stellen door nieuwe aanbieders te weren. De ruime formulering van artikel 5a, de inhoud van de discussie in de Kamer, gekoppeld aan de ruime uitbestedingsmogelijkheden van de gemeente ten aanzien van WCPV-taken lijkt slechts tot de conclusie te leiden dat het de gemeente vrijstaat om de JGZ geheel of gedeeltelijk te laten uitvoeren door een GGD, niet per se (alleen) de eigen GGD, en/of door een of meer al op 31 december 2002 functionerende instellingen voor ouder- en kindzorg. Deze uitleg maakt het dus – in beginsel – mogelijk dat de gemeente voor de uitvoering van de JGZ kan kiezen uit de huidige 39 GGD'en en zestig thuiszorgorganisaties.

115 Art. 26a werd gewijzigd bij inwerkingtreding van de wijzigingen in de WCPV. Daaruit werd de jeugdgezondheidszorg (op prenatale zorg na) verwijderd, omdat deze nu in haar geheel in de WCPV is opgenomen. Het Besluit zorgaanspraken AWBZ verving per 1 april 2003 het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Art. 16 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ komt overeen met de tekst van art. 26a na wijziging van de WCPV.

Een aardige bijkomstigheid is dat door de huidige tekst van artikel 5a, in relatie tot artikel 5, de ban is doorbroken van de motie Veder-Smit uit 1975, waarin immers, vrij vertaald, staat dat de regering niet mag komen aan de activiteiten van de (toenmalige) kruisverenigingen.¹¹⁶ Het staat de gemeente thans immers ook vrij om de gehele JGZ door de GGD te laten uitvoeren. In een tweetal GGD-regio's bestaan daartoe voornemens.

Artikel 5a en het Europese recht

Ondanks het feit dat er in beginsel 99 tot de 'markt' toegelaten aanbieders zijn, heeft het artikel 5a WCPV een onmiskenbaar discriminatoire strekking. Nieuwe aanbieders worden uitgesloten, aanbieders uit andere EU-landen komen ook niet in aanmerking voor opdrachten van gemeenten terzake van de uitvoering van de JGZ. Een vraag die dan rijst, is of artikel 5a WCPV niet in strijd is met het Europese recht. In de stukken betreffende de wijziging van de WCPV en in de desbetreffende handelingen van de Tweede en Eerste Kamer vinden we die vraag in expliciete zin niet. Het kamerlid Van Vliet zegt terloops iets over de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) die voor problemen kan zorgen als de thuiszorg in de wet zou worden genoemd en zegt nog iets over juristen die het daarover met elkaar oneens zijn,¹¹⁷ maar verder vraagt, voorzover is nagegaan, geen kamerlid zich af of de formulering van artikel 5a wel in de pas loopt met de Europese regelgeving rond de vrije dienstverlening.

Wat valt daarover te zeggen? Het communautaire recht, zowel het primaire (oprichtingsverdragen en dergelijke) als het secundaire (besluiten van de EU-instellingen) heeft directe interne werking in de lidstaten.¹¹⁸ Artikel 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EU-verdrag) verbiedt onder bepaalde voorwaarden dat lidstaten beperkingen op het vrije verrichten van diensten binnen de EU opleggen. Deze bepaling is uitgewerkt in de Europese richtlijn voor overheidsopdrachten ter zake van diensten (Richtlijn Diensten. 92/50/EEG). Die bepaalt in artikel 3 dat aanbestedende diensten in een EU-staat bij het plaatsen van overheidsopdrachten voor dienstverlening procedures moeten toepassen die door de desbetreffende lidstaat zijn aangepast aan de Richtlijn. Nederland heeft deze uitgewerkt in het Besluit overheidsaanbestedingen, waardoor de relevante bepalingen van de Richtlijn in Nederland (via de Raamwet EEG-voorschriften aanbestedingen) van toepassing zijn. Aanbestedende diensten (in de zin van organisaties) zijn volgens de richtlijn onder andere gemeenten en openbare lichamen/organen in het leven geroepen via een gemeenschappelijke regeling. Overheidsopdrachten zijn schriftelijke overeenkomsten onder bezwarende titel tussen een aanbestedende dienst en een dienstverlener. Dienstverlener is de natuurlijke of rechtspersoon die diensten aanbiedt (inclusief een openbaar lichaam dat diensten – in de zin van 'producten' – aanbiedt). Diensten (produc-

116 *Kamerstukken II 1974/75, 13 012, nr. 9.*

117 *Handelingen II 2001/02, p. 4292.*

118 Bellekom 1995, p. 544.

ten) die onder de Richtlijn vallen zijn krachtens bijlage IB bij de Richtlijn onder andere 'Gezondheids- en sociale diensten'. Zowel de Richtlijn (art. 3) als het Besluit overheidsaanbestedingen (art. 2) verbiedt de aanbestedende diensten te discrimineren tussen verschillende dienstverleners.

Hoewel van het begrip gezondheids- en sociale diensten geen nadere omschrijving wordt gegeven, valt niet in te zien waarom jeugdgezondheidszorg zoals omschreven in of krachtens de WCPV en het Besluit JGZ niet onder de dat begrip zou vallen. Gemeenten of openbare lichamen/organen ex gemeenschappelijke regelingen voeren de regie over de JGZ. Zij zijn aanbestedende diensten in de zin van de Richtlijn. Zij kunnen de JGZ geheel of gedeeltelijk (eenzijdig) opdragen aan de eigen GGD (daarvoor is de Richtlijn niet van toepassing), maar als zij de JGZ of delen daarvan willen laten uitvoeren door een andere instelling (private of publieke dienstverlener) zullen zij met die instelling een overeenkomst moeten sluiten die een overheidsopdracht in de zin van de Richtlijn inhoudt. De situatie spoort dan met datgene waarover de Richtlijn en het Besluit overheidsaanbestedingen gaan.

Nederlandse wetten mogen getoetst worden aan het EU-verdrag.¹¹⁹ Als we het bovenstaande in zijn onderling verband bezien, lijkt het erop dat het artikel 5a WCPV in strijd is met het non-discriminatiebeginsel dat aan het EU-verdrag en de daarop geënte richtlijnen ten grondslag ligt. Maar valt deze discriminatie dan niet te rechtvaardigen op grond van de beweegreden die de Tweede Kamer ertoe bracht om het genoemde amendement in te dienen? De Kamer wilde immers de bestaande expertise van GGD'en en consultatiebureaus veiligstellen. Zou die expertise echt gevaar lopen als zich andere aanbieders zouden aandienen naast de bestaande aanbieders? JGZ is sterk geprotocolleerd, de kennis en ervaring zit in de bestaande instellingen en valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Een nieuwe aanbieder moet wel aan alle eisen voldoen die bij of als uitvloeisel van de Kwaliteitswet en de WCPV worden gesteld; dat wil zeggen zo'n aanbieder moet eerst zijn expertise op het niveau brengen van de bestaande aanbieders, wil een gemeente, op basis van behoorlijk bestuur, zo'n aanbieder contracteren. Dat kan die aanbieder, lijkt mij, alleen als hij bijvoorbeeld een afdeling ouder- en kindzorg van een thuiszorgorganisatie overneemt.

Een beroep op de beweegreden achter het amendement zal zo te zien geen succes hebben. Gemeenten zullen de Richtlijn en het Besluit overheidsaanbestedingen naar mijn oordeel – in beginsel – moeten toepassen. Ook dienstverleners die door artikel 5a WCPV worden uitgesloten zullen door de aanbestedende gemeenten tot een 'Europese aanbesteding' moeten worden toegelaten. Dat wil zeggen als zo'n aanbesteding in concreto ook vereist is gezien de andere bepalingen van het Besluit overheidsaanbestedingen en de Richtlijn.

119 Van den Berg en Ten Napel 1995, p. 395.

De Kwaliteitswet en het Platform Jeugdgezondheidszorg

In 2002 sloten VWS, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten/GGD Nederland het Convenant inzake de voorbereiding van de invoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.¹²⁰ Een van de zaken die in dat convenant werden geregeld was de oprichting van het Platform Jeugdgezondheidszorg (Platform JGZ). Het Platform vormt blijkens de overwegingen van het convenant een van de randvoorwaarden voor een 'kwalitatief hoogwaardige integrale jeugdgezondheidszorg'. Naast de begeleiding van de implementatie van het basistakenpakket JGZ kreeg het Platform dan ook als taken het signaleren van ontwikkelingen die kunnen leiden tot actualisering van het pakket, het beoordelen en bewaken van de kwaliteit alsmede het ontwikkelen van standaarden, naast het bevorderen van de wetenschappelijke onderbouwing en het bijdragen aan samenhang en afstemming tussen de JGZ en de aanpalende sectoren. Het ministerie heeft het Platform opgericht. Het is een door het departement bekostigde stichting.

Hoewel het Platform inhoudelijk onafhankelijk zal en mag functioneren, gaat het in feite om een quasi-non-gouvernementele organisatie, afhankelijk als het is voor zijn voortbestaan van het departement. Nu is de vraag niet of een dergelijk platform nodig is of een nuttige functie kan vervullen. Het antwoord is in beide gevallen positief. Het geniet volgens een peiling ook in ieder geval in GGD-kringen ruime steun.¹²¹ Waar ik op wil wijzen is dat we hier in het licht van de Kwaliteitswet weer zo'n merkwaardige kronkel vinden. Het ministerie geeft in zijn memorie van toelichting bij de wijzigingen in de WCPV met zoveel woorden aan dat het de verantwoordelijkheid is van 'het veld van de jeugdgezondheidszorg' en niet van het Rijk (de teruggetreden overheid wat betreft de kwaliteit van de zorg) om voor de kwaliteit te zorgen,¹²² maar richt vrijwel tegelijkertijd, met instemming van het veld, een quango op die daarvoor een centrale functie moet vervullen. Daarmee is het verhaal nog niet uit, want in de hierna te bespreken brief van VWS aan het RIVM wil het departement de (bij mijn weten (nog) niet bestaande) centrale rol van het RIVM bij de jeugdgezondheidszorg versterken, onder andere door de huidige taken van het Platform bij het RIVM onder te brengen.¹²³ Daarmee krijgen we dan toch een in ieder geval vanuit de WCPV en de KZI gezien merkwaardige figuur. De JGZ is qua regie en deels beleid opgedragen in medebewind aan de gemeenten en de uitvoering is voor een groot deel de taak van private instellingen, terwijl een staatsorgaan – het RIVM is een agentschap van VWS – een zo niet formele dan toch feitelijk zeer bepalende centrale rol moet gaan spelen bij het bepalen van de inhoud van die zorg aan de hand van de op dit punt ook al dirigistische WCPV en haar Besluit JGZ.

120 Convenant basistakenpakket 2002.

121 Verschuivende beelden 2004.

122 *Kamerstukken II* 2001/02, 28 063, nr. 3, p. 5 en 8.

123 Brief VWS aan RIVM, d.d. 12 november 2004, PG/FBI 2.528.868, p. 2 en 3.

Beschouwing

De ontwikkelingen bij de jeugdgezondheidszorg hebben op een andere manier dan bij de infectieziektebestrijding vorm gekregen. De vaststelling van het basistakenpakket, in hoofdzaken in de wet en voor de rest in de zin van standaarden, met name richtlijnen, volgens de Kwaliteitswet, leggen de inhoud van de zorg in sterke mate centraal vast. In de praktijk blijkt de uitvoering overigens nog lang niet in alle gevallen overeen te komen met de normen,¹²⁴ maar we hebben binnen de formele structuur een aanzienlijke verschuiving zien optreden van decentraal naar centraal, van lokale vrijheid naar normatieve landelijke gebondenheid en van maatwerk naar uniformiteit. Die ontwikkelingen hebben duidelijk nog geen einde genomen. Hoe ze verder zullen lopen moet worden afgewacht. Lokale componenten zullen er wel moeten blijven. Zo zal de JGZ lokaal goed afgestemd moeten worden en blijven op de jeugdzorg en het jeugdbeleid, en zal samengewerkt moeten worden met een scala aan actoren. Dat is een taak van gemeenten en van de uitvoerders. Kenmerkend voor de jeugdgezondheidszorg is dat zij met gebruikmaking van zowel natuur- als menswetenschappelijke inzichten en routines in een langdurig, planmatig, intermitterend proces systematisch gericht moet zijn op alle invloedsferen uit het schema van Lalonde, waardoor echter voortdurend de causaliteitsvraag rijst.

5.5 *De gezondheidsdienst*5.5.1 *Complexiteit*

In het historisch overzicht is de GGD op enkele plaatsen aan de orde geweest. Uit verschillende daarin aangehaalde rapporten, zoals het rapport van de Inspectie uit 1995 'Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie', komt de GGD naar voren als een complexe organisatie in een complexe omgeving. In een aantal opzichten is die complexiteit vergelijkbaar met die waar ziekenhuizen of andere organisaties in de gezondheidszorg mee te maken hebben. Te denken valt aan veranderende opvattingen over inrichting en aansturing van organisaties of over de gevolgen van wijzingen in het zorgstelsel. Een belangrijk deel van de organisatorische complexiteit komt echter voort uit de plaats en de wijze van bestuur van de GGD'en. Het zijn gezondheidszorginstellingen binnen het openbaar bestuur, die in stand worden gehouden door een of meer gemeenten op grond van een wettelijke plicht daartoe (art. 5 WCPV) en met een takenpakket waarvan we hiervoor in dit hoofdstuk zagen dat de gemeenten op dat punt enerzijds veel vrijheid hebben, maar anderzijds ook weer gebonden zijn aan een aantal bepalingen uit de WCPV en aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De gemeenten zijn niet alleen betrekkelijk vrij ten aanzien van het al of niet opdragen aan hun GGD van WCPV-taken, maar zij hebben bovendien de bevoegdheid de GGD andere taken te laten uitvoeren dan wel daarmee te stoppen.

124 *Verschuivende beelden 2004*, p. 44 e.v.

Die complexiteit blijkt ook uit de dubbelrollen die gemeenten en GGD ten opzichte van elkaar vervullen.¹²⁵ De gemeente is zowel 'eigenaar' als klant; de GGD is zowel beleidsadviseur of -ontwikkelaar als (mede-)uitvoerder van het beleid. De GGD valt niet alleen te kenschetsen als een ambtelijke taakorganisatie die wordt ingezet voor het realiseren van gemeentelijk beleid, maar ook in meer of minder mate als een professionele marktorganisatie op het veld van de gezondheidszorg, zoals uit het hierna te vermelden takenpakket zal blijken. In de GGD komen, kortom, drie waardesystemen bij elkaar: het politiek-bestuurlijke systeem (waarin maatschappelijke waarden en normen, politieke noties, emoties en partijpolitieke opbrengsten domineren), het waardesysteem van het management (waarin technische rationaliteit, doelmatigheid en continuïteit van de organisatie belangrijk zijn) en het professionele waardesysteem (waarin identiteit, kwaliteit en autonomie in eigen kring van groot belang zijn).¹²⁶

5.5.2 Kerngegevens

Uit de GGD *benchmark* en uit andere gegevens mogen we afleiden dat alle GGD'en de WCPV-taken in enigerlei omvang uitvoeren.¹²⁷ Daarvoor werd per inwoner in 2003 € 21 begroot; ongeveer de helft daarvan ging naar de jeugdgezondheidszorg. De niet-WCPV-taakvelden, die niet allemaal door alle GGD'en worden uitgevoerd, omvatten onder andere reizigersvaccinatie, een onderdeel van de infectieziektebestrijding, maar niet vallend onder de omschrijving van dat begrip in de WCPV en een zuivere markttaak, de voorbereiding op en coördinatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, de ambulancehulpverlening, die onder de ziektekostenverzekering valt, de verslavingszorg en de forensische zorg. Deze taken waren in 2003 begroot op zo'n € 32 per inwoner. Daarvan ging ruim € 14 naar de ambulancezorg. Als we aan de hand deze cijfers berekenen wat er landelijk aan wordt uitgegeven (wat niet helemaal verantwoord is omdat in 2003 nog vooral de gegevens van de grote GGD'en in de *benchmark* zaten) dan komen we op ongeveer € 340 miljoen voor de WCPV-taken, waarvan 167 miljoen voor de JGZ, en € 520 miljoen voor de niet-WCPV-taken, waarvan 229 miljoen voor de ambulancezorg. De personele formatie zou volgens de *benchmark* in 2003 op ongeveer 8500 personeelsplaatsen uitkomen; 3400 plaatsen voor de WCPV-taken, waarvan 1600 voor JGZ, en 5100 voor de rest, 2100 daarvan vormden de personele formatie ambulancehulpverlening.

5.5.3 Schaal

Bij de totstandkoming van de WCPV in 1990 was het land bedekt met een netwerk van 64 GGD'en.¹²⁸ Daarna is hun aantal in rap tempo gedaald door fusies.

125 Meijer en Van den Ouwelant 1998, p. 15-17.

126 Meijer en Van den Ouwelant 1998, p. 14.

127 GGD Benchmark 2003 2004, p. 7-10.

128 Overzicht GGD'en 1991.

Die waren trouwens ook al in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw aan de orde van de dag. Op 1 januari 2005 bedienen nog 39 GGD'en het land. De overwegingen die aan die fusies ten grondslag liggen hebben niet zelden niets of nauwelijks iets te maken met de meest wenselijke schaal van de functies van de GGD. De discussie die de afgelopen jaren over fusies gevoerd is in veel regio's, werd voorzover bekend vooral bepaald door factoren en argumentaties die voornamelijk in de bestuurlijke en maatschappelijke omgeving van de GGD thuis hoorden. De maat van de GGD is vooral een contextuele maat.¹²⁹ Zo kwamen en komen GGD-fusies voort uit fusies van bestuurlijke regio's, waarvan de GGD'en krachtens de gemeenschappelijke regeling een van samenstellende organisaties vormden. De GGD gaat dan mee, ongeacht of dat voor die dienst nou goed is of niet. (Meestal vindt men het trouwens vanwege de schaalvergroting een goede zaak, hoewel heel wat GGD'en ter gelegenheid van een fusie meteen even 'gestript' zijn.)¹³⁰ De GGD is een typische systeemvolger. Een mooi voorbeeld biedt het kabinetsstandpunt over de veiligheidsregio's.¹³¹ Daarin worden de GGD'en geschikte organisaties genoemd om de taken terzake van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) vorm te geven vanwege hun ervaring op het gebied van de grootschalige gezondheidsincidenten. Het kabinet stelt dan vervolgens: 'Daarom is het wenselijk om de komende jaren ook voor de GGD'en te streven naar territoriale congruentie met de veiligheidsregio's en derhalve het aantal GGD'en terug te brengen tot maximaal 25'. Er zijn 25 veiligheidsregio's en daarom moeten er ook maar 25 GGD'en zijn, terwijl de GHOR blijkens de *benchmark* niet wat betreft het publieke belang, maar wel bedrijfseconomisch voor de GGD een functie is van ondergeschikte betekenis (€ 2,50 per inwoner). Een functie die weliswaar ligt op het gebied van de openbare gezondheidszorg die gerelateerd is aan openbare orde en veiligheid, maar niet op dat van de publieke gezondheidszorg, waarop de kernfuncties van de GGD liggen. Het is daarbij van secundair belang dat de bestuurders en de directeurs van mening zijn dat de schaal van de veiligheidsregio vanwege haar omvang ook voor de functies van de GGD bedrijfseconomische en kwalitatieve voordelen heeft.¹³² Dat argument noemt het kabinet niet eens. Het kabinet moet overigens 'met het petje in de hand' vragen of de gemeenten zo goed willen zijn naar 25 GGD-regio's te streven; bevoegdheden op dit gebied heeft het niet. Zo schrijft minister Hoogervorst in zijn preventienota: 'Ik zou het zeer op prijs stellen als er maximaal 25 GGD'en komen die ten minste op de schaal van de veiligheidsregio's georganiseerd zijn'.¹³³

129 Hagelstein en Traag 1998, p. 2-9.

130 Een onderzoek naar de institutionalisering van GGD'en zou interessant kunnen zijn.

131 *Kamerstukken II* 2003/04, 29 517, nr. 1, p. 8.

132 Bestuurlijke conclusies ten aanzien van de schaalgrootte van GGD'en 2004.

133 *Kamerstukken II* 2003/04, 22 894, nr. 29, p. 8.

5.5.4 *Rechtsvorm*

De meeste GGD'en zijn diensten die ondergebracht zijn in een openbaar lichaam krachtens de Wet gemeenschappelijke regelingen, enkele GGD'en zijn diensten van een gemeente met een regiofunctie vanwege een gemeenschappelijke regeling en een viertal (Eindhoven, maar die gaat fuseren, Utrecht, Amsterdam en Den Haag) functioneert alleen als dienst voor de eigen gemeente (waarbij sommige wel op contractbasis diensten voor andere gemeenten of GGD'en uitvoeren). Alle GGD'en hebben dus of een publieke rechtsvorm (GGD'en op basis van een gemeenschappelijke regeling voor alleen die GGD) of zijn een organisatorisch verband binnen een dergelijke rechtsvorm. Vooral in de jaren negentig is bij herhaling de vraag gesteld of de GGD ook in een private rechtspersoon mocht worden ondergebracht. Die vraag kwam voort uit de heersende privatiseringstendenzen, maar was niet onlogisch gezien de WCPV, die de gemeenten immers toestond (en sinds 2003 in versterkte mate toestaat) om vrijwel alle WCPV-functies aan derden uit te besteden. Waarom mogen de gemeenten de meeste functies wel de deur uitdoen en de GGD als verzameling van die functies niet?

Voor een antwoord moet een vrij lange tocht door onder andere de (wets)geschiedenis worden gemaakt, want de wetgever heeft er wel een onduidelijk potje van gemaakt. Die tocht valt als volgt samen te vatten.¹³⁴ De Grondwet en (de wetgeschiedenis van) de Wet collectieve preventie volksgezondheid laten zien dat de wetgever (onder andere) de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid en de regie over de uitvoering daarvan onvervreembare taken van de overheid – gemeenten en Rijk – vindt. De WCPV schrijft de gemeenten voor dat zij zich daarbij moeten laten bijstaan door een terzake deskundige gezondheidsdienst die moet functioneren onder directe politieke en bestuurlijke verantwoordelijkheid. Deze dienst moet ten minste beschikken over een aantal in de WCPV aangegeven deskundigen om naast zijn ambtelijke rol in de beleidsontwikkeling een spilfunctie te kunnen vervullen bij de uitvoering van het gemeentelijk en/of regionale beleid. Een spilfunctie vereist naast deskundigheid ook gezag. Zijn spilfunctie moet de dienst met name vervullen met het oog op de totstandkoming en continuïteit van een structuur waarmee de gemeenten een, zoals de memorie van toelichting bij de WCPV het uitdrukt, 'public-healthbenadering in brede, algemene, per definitie niet alleen ziektegebonden zin' kunnen garanderen. Een gezondheidsdienst – met deze taken en het gezag dat daarvoor nodig is – kan daarom geen privaatrechtelijke rechtsvorm, zoals bijvoorbeeld een stichting, hebben. Zo'n vorm moeten we in strijd met het recht en het algemeen belang met betrekking tot de volksgezondheid achten.

Of en in hoeverre is het nodig of wenselijk dat deze gezondheidsdienst ook *professionele uitvoeringstaken*, al of niet omschreven in de WCPV, uitvoert? Het criterium daarvoor is dat de dienst in ieder geval als beleids- en regiedienst deskundig en gezaghebbend moet kunnen functioneren. De hierboven gestelde vraag

134 Voor het volledige verhaal: Van den Ouwelant 2004.

mogen de gemeentebesturen – in hun rol van instellingsbestuur – naar eigen inzicht, maar met het in de vorige zin geformuleerde criterium in het hoofd beantwoorden. Die bevoegdheid (en plicht) hebben zij niet in geval andere wetten dan de WCPV taken expliciet aan de gemeentelijke gezondheidsdienst opdragen. Evenmin hebben ze die bevoegdheid wat betreft de infectieziektebestrijding zoals omschreven in de WCPV en het Besluit collectieve preventie volksgezondheid. Deze infectieziektebestrijding en eventuele andere (uitvoerings)taken bij wet aan de gezondheidsdienst opgedragen dient de gemeente door haar gezondheidsdienst te laten uitvoeren. Andere taken kan zij laten uitvoeren door haar gezondheidsdienst, maar eveneens geheel of gedeeltelijk door (juridisch) particuliere organisaties, als een afweging aan de hand van het gegeven criterium daartegen geen bezwaren oproept. Haar vrijheid wat betreft de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is echter in de WCPV ingeperkt.

Voor de uitvoeringstaken genoemd in de WCPV heeft de gemeente een zorgplicht krachtens de WCPV in combinatie met de Kwaliteitswet zorginstellingen – ongeacht hun positionering, dus ook als particuliere organisaties deze uitvoeren. Die plicht houdt in dat de gemeente er (mede) voor moet zorgdragen dat er ‘verantwoorde zorg’ zoals bedoeld in de Kwaliteitswet wordt geleverd. Die zorgplicht behoort een rol te spelen bij de afweging omtrent de (publiek- of privaatrechtelijke) positionering van de uitvoeringstaken.

5.5.5 *Beschouwing*

De GGD, zo mogen we concluderen op grond van het voorgaande, is een tamelijk hybride organisatie waarin allerlei elementen samenkomen. De aspecten die naar voren zijn gebracht – de complexiteit, de dubbelrollen, het divers samengestelde takenpakket, de GGD als systeemvolger, zijn rechtsvorm – maken dat rond de GGD en voortdurend vragen leven omtrent zijn identiteit en zijn oriëntatie. Zijn we er voor de volksgezondheid of voor de openbare orde en veiligheid; doen we ook aan maatschappelijke ondersteuning of maakt het niet uit waarvoor we worden ingezet? Moeten we meedoen op de ‘markt van welzijn en geluk’ of zijn we een strikt publieke taakorganisatie? Moeten we ons oriënteren op de gemeenten of toch ook op de staat? Of maakt dat niet uit, we zijn er toch voor de burgers? Er worden (dan ook) steeds weer toekomstscenario’s ontwikkeld. Wat voor organisatie moet de GGD worden? Een regionale gezondheidsdienst van gemeenten die van alles wat doet, een hulpverleningsdienst (van het rijk) gericht op openbare orde en veiligheid, een wijkgericht gezondheidsbevorderend kenniscentrum of een marktgerichte onderneming met preventie als ‘product’?¹³⁵ Een probleem is dat beslissingen over de dienst in belangrijke mate in de context ervan worden bewerkstelligd. We zien dat in de aangehaalde brief over de veiligheidsregio’s. We zien het ook in voornemens en acties van het Rijk die hierna aan de orde komen.

135 Boomsma 2004.

5.6 *Beleid*

Rijk en (veel) gemeenten voeren al vele jaren een eigen beleid met betrekking tot de publieke gezondheidszorg. Gemeentelijk beleid ten aanzien van collectieve preventie was vanouds een zaak die voornamelijk binnen de gemeentelijke autonomie viel. In het historisch overzicht zagen we dat de grote steden al vroeg een actief gemeentelijk beleid ten aanzien van de volksgezondheid voerden, daartoe aangezet door de grote problemen die op hen afkwamen. In de oorspronkelijke WCPV werd alleen in de memorie van toelichting – en dan nog in indirecte zin – over gemeentelijk gezondheidsbeleid gesproken. In de wet was daarover niets opgenomen. Dat vloemde vooral voort uit de dereguleringsfilosofie van het toenmalige kabinet. Beleid bleef daardoor een autonome taak van de gemeenten. Op voorstel van de Commissie Lemstra is echter de WCPV op dit punt aangepast. Artikel 3b bepaalt nu dat de gemeente elke vier jaar, op het ritme van de gemeenteraadsverkiezingen, een (nota) gemeentelijk gezondheidsbeleid dient vast te stellen. Het daarin te vervatten beleid moet volgens de toelichting meer inhouden dan beleid voor de WCPV-taken van de gemeenten en moet afgestemd zijn met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen. Samenwerking met zorgverzekeraars, zorgverleners, patiëntenorganisaties zou ook onderwerp van beleid moeten zijn. En de regering verwachtte dat de gemeenten in hun beleidsvoornemens ook zouden ingaan op de landelijke prioriteiten van de Minister van VWS. Want ook dat is nieuw in de WCPV: de minister formuleert elke vier jaar landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie (art. 7). Hoe dienen landelijk en gemeentelijk beleid zich tot elkaar te verhouden? Het is de bedoeling dat de landelijke beleidsnota verschijnt voor de gemeentelijke nota's, zodat gemeenten acht kunnen slaan op de inhoud van het landelijk beleid. De eerste keer ging dat meteen mis. De landelijke nota moest in 2002 na de verkiezingen van dat jaar verschijnen en de gemeentelijke nota's voor 1 juli 2003, maar door de tussentijdse verkiezingen na de val van het kabinet Balkenende I is de nota van VWS nu eerst eind oktober 2003 verschenen. Niettemin, op de in de wet aangegeven manier, zo vermeldt de memorie van toelichting hoopvol, 'ontstaat een cyclisch proces waarin landelijke nota en gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen'.¹³⁶ Maar dat beginsel is niet in wet vastgelegd, waardoor beide beleidsbepalingen als los zand aan elkaar hangen. In de praktijk wordt echter wel geprobeerd de aansluiting tussen rijks- en gemeentelijk beleid vorm te geven. Zo hebben GGD Nederland, het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en de VNG een convenant gesloten waarmee ze onder andere beogen de prioriteiten van VWS uit te voeren in samenhang met de lokale beleidsdoelen.¹³⁷

136 *Kamerstukken II 2001/02, 28 063, nr. 3, p. 7.*

137 *Gezondheidsbevordering lokaal 2004.*

5.6.1 Gemeentelijk beleid

Uit een overzicht van het RIVM blijkt dat medio 2004 van de toen 483 gemeenten er 341 hun nota hadden vastgesteld, 131 bezig waren met de opstelling en 11 gemeenten daarmee nog niet begonnen waren. Nou gaat het bij beleid niet zozeer om nota's maar vooral om de vraag of daar ook uitvoering aan wordt gegeven en wat de effecten daarvan zijn. Voor dat laatste is het nog niet de geschikte tijd, maar er valt wel wat te zeggen over de inhoud van de nota's.¹³⁸ Uit een onderzoek van de nota's van ruim 60 geselecteerde gemeenten blijkt dat de GGD in vrijwel alle gevallen betrokken is bij het opstellen van de nota, naast, in driekwart van de gemeenten, andere partijen zoals vertegenwoordigers van 'gezondheidsvragers'. Minder dan de helft van die gemeenten heeft redelijk tot goed de vereisten die de WCPV geeft omtrent de inhoud nageleefd, dat wil zeggen aandacht voor de bevorderingstaken, de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg. Een inventarisatie van GGD Nederland van de inhoud van 222 nota's bevestigt dat beeld overigens niet.¹³⁹ Daaruit valt af te leiden dat zo'n tweederde daaraan (in algemene zin) wel aandacht geeft. In minder dan de helft van de nota's uit de inventarisatie worden wel drie of meer prioriteiten uit de hierna aan de orde komende kabinetsnota Langer gezond leven behandeld. Die landelijke prioriteiten verschenen volgens observaties van medewerkers van GGD Nederland overigens in gemeentelijke nota's na publicatie van de nota van VWS. Dat wijst op enige 'cyclische' werking. Maar je kunt het ook zien als simpel overschrijven.

In het merendeel van de onderzochte nota's hebben de gemeenten nauwelijks of maar matig aandacht gegeven aan de wijze waarop zij hun beleidsvoornemens denken uit te voeren, maar toch kent meer dan tachtig procent van die nota's een plan van aanpak of een activiteitenplan met concrete maatregelen. Hoe een en ander met elkaar te rijmen valt is niet duidelijk. Uit de inventarisatie van GGD Nederland blijkt overigens dat slechts bij ruim eenderde van de nota's een plan van aanpak was gevoegd, wat niet wil zeggen dat ze ook niet zijn gemaakt. Slechts eenderde van de gemeenten uit de steekproef, heeft daadwerkelijk een budget voor de uitvoering van de activiteiten opgenomen en nog minder gemeenten een meerjarig budget. Concluderend zouden we kunnen zeggen dat vele gemeenten kennelijk nogal vrij omgaan met de eisen die de WCPV stelt en die ten grondslag liggen aan een ordentelijke beleidsvoering. Het is evenwel nog te vroeg om uit deze gegevens verdergaande conclusies te trekken. Terecht wordt wel gezegd dat institutionalisering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid een proces is van vele jaren.

Maar ook voor de inwerkingtreding van de vernieuwde WCPV konden gemeenten gezondheidsbeleid maken en vele deden dat ook. Die hadden daar geen wet voor nodig, maar kennelijk wel andere prikkels. Een onderzoek naar het gezond-

138 Gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid 2004.

139 Inhoud gemeentelijke nota's 2004.

heidsbeleid onder tachtig gemeenten op basis van de collegeprogramma's 1994-1998 en de gemeentebegroting 1996, dus ruim voor de inwerkingtreding van de vernieuwde WCPV, probeerde daar een antwoord op te geven.¹⁴⁰ Bevindingen uit dat onderzoek waren: ten eerste, hoe linkser de raad hoe meer (gezondheids-) beleid; ten tweede, hoe politiek instabieler een raad is, hoe meer beleid; ten derde, een lage opkomst bij verkiezingen gaat samen met meer beleid, ten vierde, problemen oefenen een significante en positieve invloed uit op beleid: hoe groter het probleem hoe meer beleid, en ten slotte, er is een relatie tussen beleid en verstedelijking: hoe meer verstedelijkt een gemeente is, hoe meer beleid op terreinen als gezondheidszorg. Dat sluit aardig aan bij het historische beeld van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De grote steden met al hun problemen waren het eerste actief en in het interbellum waren daar ook veelal sociaal-democraten aan de macht. Op grond van het voorgaande kan de mening postvatten dat het niet nodig of nuttig, of zelfs betuttelend is gemeenten een expliciet gezondheidsbeleid op te leggen naast een landelijk beleid, dat onder andere zorgt voor globale en specifieke informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking. Indien er voldoende als zodanig gepercipieerde problemen (en risico's) zijn die maatschappelijk en uiteindelijk ook politiek draagvlak vinden, genereert het politieke proces in een gemeente vrijwel zeker een daarop gericht beleid en wordt het openbaar bestuur over de uitvoering ervan ook ter verantwoording geroepen. Een door het Rijk opgelegde algemene beleidsplicht, zoals die in de WCPV, snijdt dan niet alleen weinig hout, maar getuigt ook niet van vertrouwen in de lokale democratie en in de kracht van het eigen rijksbeleid, want dat laatste blijft zeker nodig.

5.6.2 *Rijksbeleid*

In het najaar van 2003 bood de Minister van VWS aan de Tweede Kamer de kabinetsnota 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag' aan. In deze nota is het voorgenomen beleid voor de periode 2004-2007 beschreven.¹⁴¹ De nota is een gevolg van de in de WCPV opgenomen opdracht om eenmaal per vier jaar prioriteiten vast te stellen. Ook zonder die opdracht stelde het Rijk door de jaren heen zijn prioriteiten. We hebben de diverse nota's aangestipt in het historisch overzicht. De laatste was van 1992, maar in de begrotingen werd ook aan het onderwerp preventie aandacht gegeven. En in de kabinetsnota Gezond en Wel van 1995 werd eveneens een, niet onbelangrijk, hoofdstuk aan preventie gewijd.¹⁴² Ik ga hier niet de nota Langer gezond leven bespreken, maar kijk vooral naar de problemen die het kabinet wil aanpakken en naar de manieren waarop het dat wil doen. Vervolgens laat ik zien wat dat voor beeld oplevert en tot welke gevolgtrekkingen dat zou kunnen leiden. De analyses die het kabinet in de nota's heeft

140 Van Dijk 2001.

141 *Kamerstukken II* 2003/04, 22 894, nr. 20h.

142 *Kamerstukken II* 1995/98, 24 126, nr. 2 (Gezond en Wel: het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998).

opgenomen steunen in sterke mate op onderzoek en informatieverzameling van het RIVM, vooral op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) die het periodiek uitbrengt. De laatste is van 2002. Op grond daarvan en op grond van enige andere bronnen stelt het kabinet vast dat vooral ongezond gedrag, leefstijl dus, ten grondslag ligt aan een stagnerende groei van de volksgezondheid. Daar liggen de grote problemen en daar vooral valt gezondheidswinst te behalen. Het streven van het kabinet is om gezond gedrag in redelijke mate als sociale norm te institutionaliseren. Verder zorgt de groei van de bevolking en de vergrijzing voor een aanmerkelijke ziektelast aan chronische aandoeningen, diabetes en depressies. Op basis van de hoogste ziektelast, de verwachtingen omtrent de ontwikkeling van ziekten en de maatschappelijke gevolgen in termen van zorgconsumptie, maatschappelijke participatie en arbeidsbeschikbaarheid zijn zes ziekten uitgekozen die prioriteit krijgen in het preventiebeleid: hart- en vaatziekten, kanker, astma en chronische longziekten, suikerziekte, psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat. Een en ander laat men gepaard gaan met blijvende en zelfs versterkte aandacht voor oude, maar onverminderd belangrijke onderwerpen als infectieziekten. Het preventiebeleid richt zich nu op drie speerpunten: roken, overgewicht en diabetes. De twee eerste betreffen vermijdbare gezondheidsrisico's. Ze veroorzaken in belangrijke mate een aantal van de genoemde ziekten en de derde is gekozen omdat diabetes een sterk groeiende chronische ziekte is, onder ander veroorzaakt door overgewicht. Sociaal-economische gezondheidsverschillen vormen een ander oud, maar belangrijk, zij het taai en hardnekkig volksgezondheidsprobleem. Zo komen de zes prioritaire ziekten systematisch meer voor bij mensen met een lage opleiding. Er vallen grote verschillen te constateren in gezondheid tussen mensen met een hoge en een lage opleiding; laagopgeleide mannen en vrouwen bijvoorbeeld leven gemiddeld tien respectievelijk achteneenhalf jaar korter zonder gezondheidsbeperkingen dan mensen met een hbo- of universitaire vorming. Dit is vooral het gevolg van een ongezonde leefstijl.

Wat is hiervan voor dit betoog nu interessant? Wel, mede dankzij de VTV zien we heel duidelijk dat bepaalde ziekten en aandoeningen in het gehele land voorkomen, sterker het betreft volksgezondheidsproblemen die in de gehele (Westerse) wereld als zodanig worden ervaren.¹⁴³ In Nederland zijn weliswaar lokaal aanzienlijke verschillen in gezondheid waar te nemen – mensen in Zuid-Limburg, Noordoost-Nederland en de grote steden leven minder lang en minder lang gezond. De frequentie waarin die ziekten voorkomen kan dus per gemeente of streek verschillen, maar het betreft wel algemene gezondheidsproblemen. Het behoeft dan ook geen verbazing te wekken dat ze onderwerp van landelijk beleid vormen. Het gezondheidsbeleid acht het kabinet nu veel te veel verkokerd en versnipperd. Het streeft naar meer eenheid in het landelijke en lokale beleid. Het beleid op nationaal niveau omvat landelijke prioriteiten die met gebruik van,

143 *Kamerstukken II 2003/04, 22 894, nr. 20h, p. 21 en 29.*

naar het oordeel van VWS, waardevol gebleken uitvoeringsinstrumenten bij voorkeur toegepast worden in (lokaal) maatwerk voor risicogroepen, met medewerking van de betrokken burgers en met inschakeling van alle mogelijke geschikte instanties, instellingen en professionals voor de uitvoering, zoals scholen, bedrijven, de horeca, koepelorganisaties, gemeenten, GGD'en, sportverenigingen, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, fysiotherapeuten en huisartsen. Een bepaalde hiërarchie valt er niet in te vinden. Lagere overheden zijn een partner naast private instellingen of het bedrijfsleven. Soms gaan acties via gemeenten, zoals bij het jeugdbeleid via de zogenoemde operatie JONG. Gemeenten krijgen daarin de regie over de uitvoering van een preventiemodule: laagdrempelige opvoedingsondersteuning als onderdeel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (hetgeen overigens weer tot het vaste repertoire klachten en moeilijkheden leidt: geen formele zeggenschap, geen geld, geen ambtelijke capaciteit),¹⁴⁴ maar evenzogoed sluit VWS een convenant met de voedingsindustrie over gezondere levensmiddelen. De strategie wordt op nationaal niveau vastgesteld, de uitvoering kan op landelijk niveau plaats vinden: een convenant als hiervoor genoemd of een massamediale actie, maar ook, en bij voorkeur, worden (op basis van een globaal landelijk programma) lokale leefstijlinterventies uitgevoerd in de directe leefomgeving (de 'setting'), zoals de school, de sportvereniging of het gezin. Daarvoor kan VWS de gemeente in medebewind inschakelen, maar ook (en zo te lezen het liefst) maakt men gerichte afspraken, met een groep gemeenten bijvoorbeeld, zoals in concreto met de dertig gemeenten die groot zijn qua aantal inwoners en/of gekenmerkt worden door 'grootstadsproblematiek', de G30. Met welzijnsinstellingen kunnen afspraken worden gemaakt, maar de GGD'en kunnen net zo goed in bepaalde gevallen een centrale rol vervullen, bijvoorbeeld bij samenwerking tussen hun jeugdgezondheidszorg, RIAGG's, Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs en welzijnsorganisaties ter ondersteuning van scholen. Kortom en concluderend, de grote gezondheidsproblemen en -bedreigingen kennen een mondiale verspreiding, maar het zijn zeker problemen van de Westerse wereld. Ze vereisen door hun aard en verspreiding ook in de eerste plaats een landelijk beleid en, zou ik menen, de staat behoort deze mede uit hoofde van zijn grondwettelijke plicht aan te pakken. De uitvoering vindt zowel op nationaal als op lokaal niveau plaats. Het hangt er maar vanaf van welke aanpak men het meeste rendement verwacht. Het gaat primair en in overwegende mate om horizontaal bestuur met inschakeling van vele actoren en met behulp van convenanten, contracten, subsidies of (stelsel)financiering. VWS kiest afhankelijk van het onderwerp steeds de partners en middelen die geschikt lijken. Of die aanpak nu in alle gevallen succes heeft, daarover gaat het hier niet. Het gaat erom dat VWS een heel ander sturingsconcept hanteert en moet hanteren dan het traditionele, beperkte verticale model dat in de WCPV is verwerkt. Duidelijk zal zijn dat de in het historisch overzicht vermelde Commissie Lemstra voorbijging aan de maat-

144 *Binnenlands Bestuur*, 25, 1 en 12.

schappelijke realiteit en aan de grondwettelijke norm, met haar stelling dat de staat een aanvulling mag geven op het lokale beleid, mits hij daarbij uitgaat van de gemeentelijke probleempercepties. Ik behoeft het rijtje polariteiten na het voorgaande nauwelijks meer aan de orde te stellen. Alle elementen zijn gemakkelijk herkenbaar. Het gaat daarbij niet om elkaar uitsluitende uitersten, maar om 'en/en-situaties'. Staat en gemeenten hebben eigen taken, maar ook gezamenlijke. Publieke en private verbanden, overheid, maatschappelijke organisaties, verzekeraars en bedrijfsleven hebben aparte verantwoordelijkheden, maar samen kunnen ze meer bereiken. Beleid en uitvoering kunnen centraal en decentraal plaatsvinden. Het kan om uniform uit te voeren programma's gaan en om maatwerk. Publieke gezondheidszorg behoort een eigen beleid, een eigen gezicht te hebben; praktisch gezien kan die zorg echter alleen succes hebben als zij ingeweven is in de maatschappij. Maar de staat vervult een essentiële rol als drijvende en simulerende kracht.

5.6.3 *Het RIVM als nationaal centrum*

Hiervoor vermeldde ik dat VWS het gezondheidsbeleid verkokerd en versnipperd vond en dat het daarin meer eenheid wil brengen. In het beleidsartikel 'Preventie en gezondheidsbescherming' bij de begroting 2005 van VWS schrijft VWS dat het over onvoldoende sturingsmogelijkheden beschikt om de verantwoordelijkheid van het Rijk voor onder andere de uitbraken van infectieziekten en de *screening* op borstkanker vorm te geven.¹⁴⁵ En even verderop in dat beleidsartikel: 'Om onze verantwoordelijkheid voor de programmatische preventie beter te verankeren, streven we ernaar om vanaf 2006 de premiesubsidies voor de screeningsprogramma's over te hevelen van de AWBZ naar de begroting. Daarnaast zullen we onderzoeken hoe we de organisatie van de uitvoering van deze programma's goed kunnen verankeren in het publiek bestel.'¹⁴⁶

Een en ander wordt wat verder uitgewerkt in een recente, overigens nogal warrige, ambtelijke brief aan de directeur-generaal van het RIVM.¹⁴⁷ Daarin komen naast de aanleiding – de veranderingen in het zorgstelsel – de redenen aan de orde om niet alleen de structuur van de onder het ministerie vallende programmatische preventie aan de orde te stellen, maar ook (uiteindelijk) die van de gehele publieke gezondheidszorg (in de terminologie van het departement 'publieke gezondheidszorg'). Door de hybride uitvoering van de publieke gezondheidszorg zijn naar de mening van VWS voor de burger de verschillende rollen van de centrale en lokale overheid niet altijd even duidelijk. Voor die burger zijn die beide overheden één overheid. Een sterke en betrouwbare aansturing door de overheid is voorts in het bijzonder vereist bij grote ongevallen en rampen. 'De ministeriële verantwoordelijkheid dient daarom te voorzien in een organisatie met proportionele operationele en bestuurlijke verantwoordelijkheden.'

145 *Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, p. 23.*

146 *Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, p. 30.*

147 Brief VWS aan RIVM, d.d. 12 november 2004, PG/FBI 2.528.868.

Maar ook voor andere elementen van de publieke gezondheidszorg verwacht de burger in de ogen van het departement een sterke overheid. Burgers anticiperen onder andere op een uitstekend systeem van 'collectieve programmatische preventie'. Die omvat bevolkingsonderzoeken, vaccinatieprogramma's en een effectieve jeugdgezondheidszorg. 'Deze zorg moet daarom een groot bereik hebben in de bevolking, effectief en efficiënt zijn.'

Wat is nu nodig om een en ander ten behoeve van de burger waar te maken? VWS wil streven naar een herschikking van de organisatie die past bij de (nieuwe) risico's en de complexiteit van de Nederlandse samenleving. Kennis en uitvoering moeten geconcentreerd worden. De huidige hoeveelheid aanspreekpunten wil het ministerie verminderen. Wat het met aanspreekpunten bedoelt vermeldt de brief niet. De kennis- en uitvoeringsstructuur voor de publieke gezondheidszorg moet eveneens versterkt worden. VWS wil daarvoor een organisatie scheppen naar het voorbeeld van de Amerikaanse *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Ondanks het meervoud gaat het bij het CDC om een agentschap van de federale overheid dat als het nationale centrum functioneert voor ontwikkeling en implementatie van interventies voor gezondheidsbevordering in de ruimste zin van het woord. Een deel van zijn medewerkers is gedetacheerd bij de gezondheidsdepartementen van de vijftig staten en eveneens bij vele lokale agentschappen voor de volksgezondheid. Zij werken onder andere samen met de plaatselijke instanties bij de uitvoering van talrijke preventieve interventies, zoals vaccinaties en voorlichtingscampagnes.¹⁴⁸

Een soortgelijke organisatie staat VWS ook voor Nederland voor ogen. De kern daarvoor is al aanwezig: het RIVM, een onderdeel van VWS als 'dienst die een baten- en lastenstelsel voert' – populair en naar Angelsaksisch voorbeeld 'agentschap' genaamd. Het RIVM bezit al een schat aan expertise terzake van publieke gezondheidszorg en kent een sterke wetenschappelijke en onderzoekstraditie. Het moet zich in de visie van VWS ontwikkelen tot een gezaghebbende instelling die als 'autoriteit' in het verlengde van de eindverantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid lokale en nationale belangen kan bundelen tot de door VWS gewenste publieke gezondheidszorg. Het RIVM kan zich verder ontwikkelen tot expertise- en regiecentrum voor de landelijke overheidstaken betreffende de publieke gezondheidszorg. Als eerste stel nieuwe taken krijgt het RIVM vanaf 2006 de coördinatie in handen van de uitvoering en de financiering van de huidige (en de toekomstige) landelijke preventieprogramma's van VWS. Het neemt die taken over van het College voor zorgverzekeringen. Het gaat om de bevolkingsonderzoeken en screeningsprogramma's, het rijksvaccinatieprogramma, de grieppreventie en de soa-bestrijding. Maar bij de taken uit het eigen domein van VWS blijft het niet. Ook op het gebied van de WCPV-taken gaat het functies vervullen. Er was al besloten dat het Centrum voor infectieziektebestrijding bij het RIVM wordt ondergebracht. Daarenboven wil VWS eveneens zijn

148 www.cdc.gov.

centrale rol in de jeugdgezondheidszorg versterken door bij het RIVM het huidige Landelijk Platform JGZ als kennisbureau onder te brengen. Op langere termijn kunnen er andere taken bijkomen, onder andere op het gebied van (keten-) zorg voor chronische ziekten, veiligheid en gezondheidsbevordering. En uit een nogal cryptische zin blijkt dat de gedachten van VWS nog veel verder gaan: 'In eerdere gesprekken (...) is gesproken over een bredere structuur waarin meerdere publieke gezondheidszorgtaken op organische wijze ingepast kunnen worden als de tijd daarvoor rijp is.'

We zien hier het begin van een waarschijnlijk interessante ontwikkeling die we als een vervolg kunnen zien van de aanpassing van de WCPV en het van toepassing verklaren van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Als die wijzigingen in de regelgeving goed worden uitgevoerd veroorzaken zij al een niet geringe centralisatie betreffende de uitvoering van de WCPV-taken. Nu brengt VWS de coördinatie van de uitvoerende activiteiten die onder zijn directe verantwoordelijkheid vallen over van het College voor zorgverzekeringen naar het RIVM, maar het voegt daar twee organen aan toe die een centrale rol vervullen bij de uitvoering van de twee belangrijkste taken uit de WCPV. En die twee taken vormen ook het hart van iedere GGD en omvatten het grootste deel van zijn organisatie, tezamen met de ambulancehulpverlening (maar niet iedere GGD heeft een ambulance-dienst). Als we nu het beeld dat oprijst uit de preventienota van VWS leggen naast dat wat oprijst uit de aangehaalde brief, dan kunnen we zien dat VWS eigenlijk twee dingen tegelijk wil realiseren. Enerzijds zien we in de nota dat het streeft naar een complex van horizontale netwerkverbanden voor de uitvoering van zijn beleid ten aanzien van de publieke gezondheidszorg, anderzijds wil VWS een krachtig sturende overheid zijn en scheidt het bij het RIVM een centraal centrum dat zo te zien een sterke, verticaal sturende functie moet gaan vervullen. In de nota stelt VWS zich voornamelijk op als een actor die partners zoekt voor het nastreven van het algemeen welzijn; in de gedachtevorming rond het RIVM droomt het van een overheid als een autoriteit die met krachtige hand de publieke gezondheidszorg stuurt. Beide vormen lijken in beginsel echter goed met elkaar te verenigen. Het proces rond de positie van het RIVM pakt VWS wel aan alsof het slechts over een herordening binnen het eigen domein gaat. Formeel is dat ook zo: niet alleen de programmatische preventie valt onder VWS, ook het Centrum voor infectiebestrijding en het Platform JGZ vallen binnen zijn sfeer. Afgezien van wat het nog onder de pet houdt, de effecten op met name het WCPV-deel van de publieke gezondheidszorg zullen bij goede uitvoering verstrekkend zijn. Een beter en vollediger uitgewerkt plan inclusief de beoogde of te verwachten gevolgen behoort, zou ik menen, in discussie gebracht te worden.

6 Slotbeschouwing

Na deze 'tour d'horizon' sluit ik af met een slotbeschouwing aan de hand van de hiervoor gegeven tussenconclusies. Veel is aan de orde geweest maar veel ook niet, of is slechts even in het voorbijgaan aangestipt. Aan Europa is geen aandacht

gegeven, hoewel bepaalde elementen van publieke gezondheidszorg – naast infectieziektebestrijding bijvoorbeeld ook de jeugdgezondheidszorg – op zichzelf heel goed in het Europese beleid zouden passen. Ook het manifest ‘Public health is het stelsel’ dat de Netherlands School of Public Health uit 2001 samenstelde over de plaats van de publieke gezondheidszorg in een toekomstig stelsel van gezondheidszorg, is niet besproken.¹⁴⁹ Dit betoog sluit daar echter naar mijn idee op veel punten wel bij aan. En er zijn meer aspecten of ideeën rond ons onderwerp die nog aan de orde gesteld hadden kunnen worden. Ik meen evenwel dat voldoende elementen van publieke gezondheidszorg de revue zijn gepasseerd om duidelijk te maken dat publieke gezondheidszorg niet zo’n heel gemakkelijk onderwerp is om plaats en vormgeving ervan gestalte te geven. Wat kunnen we gezien dat moeilijk grijpbare en onbegrensde karakter van publieke gezondheidszorg nu zeggen over haar wenselijke toekomstige plaats en vorm in het maatschappelijk bestel in het algemeen en het zorgstelsel in het bijzonder? Wat mag de burger mijns inziens verwachten?

Enerzijds heb ik laten zien dat publieke gezondheidszorg specifieke kenmerken bezit en een eigen plaats verdient en ook behoort te hebben, maar anderzijds moet publieke gezondheidszorg, om een optimaal effect te bereiken, ingebed zijn, zowel beleidsmatig als qua uitvoering, in instituties en brede maatschappelijke verbanden, zowel publiekrechtelijke als privaatrechtelijke, zowel vrijwillige als onvrijwillige. Met dat uitgangspunt kan ik nu een grove schets geven van het stelsel waarin de globaal beschreven ontwikkelingen naar mijn opvattingen zouden moeten uitlopen. Ik schets daarbij geen alternatieve modellen. Dit verhaal is geen onderzoeksverslag of een organisatieadvies. Het gaat uiteindelijk om een proeve. Ik trek de lijnen die in het voorgaande zijn gezet door of buig deze om.

6.1 *Plaats*

Om te beginnen bekijken we de plaats in het stelsel van gezondheidszorg. Als de regeringsplannen realiteit worden ontstaan er twee domeinen. Ten eerste dat van de individuele gezondheidszorg en de langdurige zorg met als kernen de Zorgverzekeringswet en (voorshands) de AWBZ. Daarnaast vormt zich een domein gericht op maatschappelijke participatie met de WMO als wettelijke basis. We kunnen dat ook min of meer zien als een ‘welzijnsdomein’. Het gaat niet om gezondheidszorg, maar door de burger te steunen bij zijn functioneren kan dat een positief effect hebben op de volksgezondheid. En, zoals ik al aangaf, als het ware vóór die twee domeinen zou een domein gevormd moeten worden waarin elementen van de publieke gezondheidszorg tot een samenhangend geheel zijn bijeengebracht. Zo toont de staat aan zijn burgers dat hij niet alleen de afstandelijke systeemverantwoordelijke is die toeziet op het functioneren van de markt voor curatie en zorg en op het functioneren van de gemeente wat betreft de maat-

149 Van Heteren, Hesdahl en Boot 2001.

schappelijke zorg, maar ook dat hij nog directe en inhoudelijke (grondwettelijke) taken ter bevordering van de volksgezondheid heeft te vervullen en ook daadwerkelijk zal vervullen. De staat biedt zijn burgers basisvoorzieningen aan op het gebied van de maatschappelijk gezondheidszorg. Voor een goed begrip voeg ik eraan toe dat ik met een samenhangend geheel niet bedoel dat allerlei verbindingen, ketens van zorg, vervlechtingen met andere domeinen en beleidssectoren zouden moeten verdwijnen. Het gaat om een wettelijke kern, om een (uitvals-) basis voor de publieke gezondheidszorg. Zo ontstaat een zorgstelsel met als het ware drie compartimenten. Het voorliggende is dat van de publieke gezondheidszorg, een herkenbare zorg, maar het betreft wel een divers geheel van activiteiten, dat zijn uitlopers heeft in allerlei maatschappelijke sectoren, ook in de beide andere compartimenten van zorg en welzijn.

6.2 *Vorm*

Hoe kan ik aan dit vage concept wat meer handen en voeten geven? Ik kan aansluiten bij datgene wat er al is. Ik gaf in paragraaf 5.1 aan dat de Wet collectieve preventie volksgezondheid na de jongste wetswijziging evengoed de Wet publieke gezondheidszorg genoemd kan worden. Deze wet zou heel goed uitgebouwd kunnen worden tot een wet die een dergelijke naam met meer recht dan nu mag dragen. Ik ga hier niet de WCPV herschrijven en uitbouwen – dat vereist veel meer studie – maar geef voor de ‘discours’ enkele hoofdzaken aan. In de wet voegen we collectieve en programmatische preventie samen. Aldus wordt om te beginnen de ‘programmatische’ preventie als een taak voor de staat opgenomen, dat wil zeggen de bestendige premie- en begrotingsgefinancierde preventieprogramma’s, zoals de bevolkingsonderzoeken en het rijksvaccinatieprogramma. Deze programma’s behoren een deugdelijke wettelijke basis te krijgen en niet alleen te berusten op beleid en de Kaderwet volksgezondheidssubsidies. In de ‘opgeschoonde’ AWBZ behoren zij evenmin thuis. De daarvoor geëigende plaats is ‘onze’ Wet publieke gezondheidszorg. De staat doet de ingezetenen in het belang van de volksgezondheid een veelzijdig aanbod en draagt zorg voor onder andere de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken, het rijksvaccinatieprogramma en structurele nationale programma’s zoals dat betreffende grieppreventie. Hetzelfde geldt voor de huidige gemeentelijke taken infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en medische milieukunde. Redelijke criteria om de staat te belasten met deze taken zijn, naast het politieke uitgangspunt, het gemeentegrenzen overschrijdende karakter van problemen en risico’s, het uniforme, sterk programmatische, centraal bepaalde karakter van de uitvoering, het politiek-maatschappelijke gelijkheidsprincipe dat eraan ten grondslag kan liggen, de naar redelijk inzicht benodigde ‘kritische massa’ voor een kwalitatief goede uitvoering van specialistische functies en/of het belang van openbare orde en veiligheid. Voor epidemiologie als ondersteunende taak voor overheden en uitvoerders geldt mutatis mutandis hetzelfde. Zij wordt als een zelfstandige taak voor de staat in de wet opgenomen. Dat sluit goed aan bij de aan het RIVM toebedachte rol van

landelijk expertisecentrum. Het valt verder te overwegen of het niet ook wenselijk is de wet naar Frans voorbeeld uit te breiden tot een soort *Code de la santé publique*. Het geheel krijgt dan meer *body* en de relatie van verschillende regelingen met volksgezondheid wordt ook duidelijker. Waarom nemen we de Tabakswet, de Drank- en horecawet, de Wet op het bevolkingsonderzoek, de Warenwet, de Infectieziektenwet, om maar een paar wetten te noemen, niet als hoofdstukken in de bedachte wet op?

Op het stuk van het beleid worden de zaken omgedraaid. Uit het voorgaande is al duidelijk gebleken dat het feitelijke zwaartepunt voor beleid voor de maatschappelijke gezondheidszorg bij de rijksoverheid ligt en naar mijn oordeel moet liggen. Die heeft ook veel meer mogelijkheden om een goed beleid van de grond te tillen. Dit nu verwoorden we in de wet. De paragraaf over de rijkstaken gaat in de WCPV het centrale punt worden. De opdracht aan de gemeente om een nota gezondheidsbeleid vast te stellen wordt geschrapt. Er is niet zo veel fantasie voor nodig om te kunnen stellen dat bij een niet gering aantal gemeenten die nota in de bureaula verdwijnt, dat wil zeggen dat men in feite volstaat met de taken die de GGD voor de gemeenten uitvoert. Onthef de gemeenten van die medebewinds-taak. De staat moet er als uitvloeisel van zijn ondersteunende taak wel zorg voor dragen dat de gemeente over inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking beschikt en dat deze weet welke acties al plaatsvinden. De staat geeft de gemeente zo de middelen complementair beleid te voeren, maar het is aan de gemeente of die dat nodig vindt. Haar beleid berust op het lokale politieke oordeel en ligt in de sfeer van de gemeentelijke autonomie. We schrappen artikel 2 lid 1 WCPV: de opdracht aan de gemeente de collectieve preventie te bevorderen alsmede de afstemming tussen de curatie en de collectieve preventie. Dit zijn in het nieuwe zorgstelsel basistaken voor de staat. Het gaat bij die afstemming ook vooral om het benutten van de mogelijkheden van de curatieve zorg voor de collectieve preventie en omgekeerd. De afstemmingstaak voor de gemeente in de huidige WCPV paste min of meer bij de toenmalige visie op het zorgstelsel, maar de gemeente moest die wel zonder toegesneden macht, mensen en middelen waar zien te maken. Veel lijkt er niet van terecht gekomen te zijn. Niets belet een gemeente echter om rond een bepaald, gemeentelijk gevoeld probleem te pogen tot afstemming tussen publieke gezondheidszorg en de 'cure en de care' te komen. De gemeenten zullen overigens hun handen vol krijgen aan de uitvoering van de WMO, als die tenminste doorgaat, en de afstemming daarvan op de individuele gezondheidszorg.

6.3 *Uitvoering*

Voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg zijn, zoals we zagen, talloze personen en instellingen nodig. Maar we zagen eveneens dat er twee gespecialiseerde (uitvoerings)organisaties zijn: het RIVM en de GGD'en. Die hebben al een zekere spilfunctie en als VWS zijn voornemens met betrekking tot het RIVM realiseert, krijgt dat agentschap een nog veel verder gaande centrale rol als kennis- en

coördinatiecentrum voor de publieke gezondheidszorg. Als we ons dat en de mogelijke effecten daarvan realiseren, dan zou ik menen dat het daarbij niet behoort te blijven, maar dat RIVM en GGD'en als organisaties in onderling verband moeten worden beschouwd en, als de conclusies daartoe leiden, moeten worden herordend. Ik doe een poging daarvoor enkele aanzetten te leveren. Uitgangspunt is dat het zwaartepunt van het beleid ten aanzien van de publieke gezondheidszorg bij het Rijk ligt. Het RIVM moet op veel terreinen van publieke gezondheidszorg bij de voorbereiding en uitvoering van beleid een centrale rol spelen; GGD'en zijn in de beleidsvoorbereiding en uitvoering van bepaalde onderdelen van de publieke gezondheidszorg gespecialiseerde diensten. Doel is een beeld te scheppen van een organisatorisch verband dat de publieke gezondheidszorg stimuleert en vooruitbrengt en dat daarvoor cruciale (uitvoerende) functies vervult. Verder uitgangspunten voor de gedachtegang vormen het RIVM als bestaand, deels beoogd centrum, de GGD'en als bestaande regionale organisaties en het CDC als voorbeeld. RIVM en GGD'en onderhouden nu al relaties en die zullen nog toenemen, sterker, als het RIVM zijn beoogde taken ten aanzien van de Infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg waarmaakt, dan stuurt het de GGD'en wat betreft hun twee kernfuncties op essentiële onderdelen van de inhoud daarvan aan. Dat kan problemen geven bij de taakuitvoering, omdat de gemeenten, al of niet via een gemeenschappelijke regeling, de GGD'en beheren en zij in de positie terecht komen van 'wel betalen maar niet bepalen'. Gemeentelijk beheer is ook een weinig zinvolle aangelegenheid voor politieke bestuurders. Zouden we, dit gezegd zijnde, RIVM en GGD'en niet in een (bij goed beleid) krachtiger en voor de burger helderder organisatorisch verband kunnen plaatsen? Die vraag wordt nog interessanter als we uitgaan van mijn idee voor een Wet publieke gezondheidszorg. Het gaat dan in de genoemde gevallen om rijkstaken. De basis voor een *gemeentelijke* gezondheidsdienst valt in die situatie weg. Maar niet de basis voor een gezondheidsdienst dicht bij de gemeente, of, beter gezegd, voor een dienst dicht bij de bevolking.

Laten we de betrokken onderdelen van het RIVM en de functies van de GGD'en ten behoeve van de publieke gezondheidszorg nu eens in gedachten herordenen tot een nieuwe organisatie voor publieke gezondheidszorg, de nationale gezondheidsdienst. Zo'n herordening lijkt een grote operatie, maar het gaat om een herordening binnen het publieke domein van activiteiten die voortgezet worden, althans van die welke het primair proces betreffen. Vooreerst, welke positie zou die dienst moeten krijgen? Ik deel de opvatting van de werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau (werkgroep Kohnstamm, naar haar voorzitter) dat de staatsrechtelijke verhoudingen de organisatie(vorm) dienen te bepalen en niet het omgekeerde daarvan.¹⁵⁰ De dienst moet ter uitvoering van rijksbeleid taken vervullen op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Die zorg vloeit voort uit artikel 22 Grondwet en is uitgewerkt in wetten, in de eerste plaats in de

150 Een herkenbare staat 2004, p. 30.

virtuele ‘Wet publieke gezondheidszorg’. De Minister van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor het beleid terzake en voor de uitvoering van zijn beleid. De organisatie dient derhalve onder zijn verantwoordelijkheid te vallen. In de redenering van de werkgroep Kohnstamm is er maar één motief dat kan leiden tot een van de minister onafhankelijke positie en dat is ‘gewenste onafhankelijkheid van de politiek’.¹⁵¹ Uitgangspunt daarbij is dat de ministeriële verantwoordelijkheid alleen beperkt hoeft te worden ten aanzien van bepaalde taken waarvan de overheid het wenselijk vindt dat deze zelfstandig worden verricht. Bij het huidige RIVM is een en ander uitgewerkt in de Wet op het RIVM, waarin is vastgelegd dat het bepaald onderzoek, zoals dat naar de toestand en de ontwikkeling van de volksgezondheid, zelfstandig kan uitvoeren. De minister kan aan het RIVM evenmin aanwijzingen geven omtrent de methoden van onderzoek en rapportage. Een soortgelijke regeling lijkt voor de denkbeeldige dienst voldoende. Ik vermeldde hiervoor al dat het RIVM (per 1 januari 2004) een ‘batenlastendienst’ (agentschap is toch een naam die veel meer aanspreekt) is geworden, waardoor een bedrijfsmatige vorm van beheer mogelijk is met managementafspraken en sturing op kostprijzen en prestaties.¹⁵² Politiek beleid en bedrijfsmatige uitvoering worden zo van elkaar onderscheiden, maar niet gescheiden. Beïnvloeding over en weer blijft mogelijk. Die status zou de nationale gezondheidsdienst ook moeten krijgen en gezien de criteria ook kunnen verwerven. Door deze maatregelen wordt niet alleen aan parlement, ambtenaren en andere overheden, maar ook aan de burger duidelijk gemaakt waar ‘de staat voor staat’. De personele omvang van de dienst hoeft niet veel af te wijken van de opstelsom van de relevante formatie van het RIVM, sector Volksgezondheid en de aan de WCPV-taken toe te rekenen formaties van de huidige GGD’en. Een grove schatting komt dan uit op zo’n 4000 arbeidsplaatsen.¹⁵³ Daarbij komt dan nog de formatie van de jeugdgezondheidszorg van de thuiszorgorganisaties, Dat lijkt veel, maar zo’n formatie zal niet meer zijn dan van die van het Utrecht Medisch Centrum, zo’n 7000 plaatsen, en zij is veel minder complex van samenstelling. Uit de *benchmark* van GGD Nederland valt trouwens af te leiden dat meer dan de helft van die formatie de jeugdgezondheidszorg zou betreffen. De dienst werkt gedeconcentreerd; naast een centrale staf kent hij een aantal regionale vestigingen. Wat het aantal daarvan betreft lijkt het reëel uit te gaan van het volgens VWS wenselijke aantal GGD’en, 25 dus. De schaalvraag verandert door de herordening van een super- en interorganisatorisch in een intraorganisatorisch probleem. De bestuurlijke drukte neemt af: 469 wethouders en burgemeesters hebben meer tijd voor datgene waarvoor zij zijn gekozen dan wel (nog even) benoemd: politiek beleid en openbaar bestuur in plaats van instellingsbeheer.

151 Een herkenbare staat 2004, p. 29.

152 Kamerstukken II 2003/04, 28 737 en 23 171, nr. 6.

153 GGD Benchmark 2003 2004, p. 7-10.

De nationale gezondheidsdienst vervult vier hoofdfuncties: a. expertise-, informatie- en onderzoekscentrum, b. beleidsontwikkelingscentrum en regie- en coördinatiecentrum voor het rijksbeleid voor de publieke gezondheidszorg, c. advies- en ondersteuningsorganisatie voor lokaal beleid en, d. uitvoeringsorganisatie voor de in de Wet publieke gezondheidszorg genoemde preventieve functies. Het agentschap kent afgezien van het facilitaire personeel drie personeelscohorten: voor de expertise-, informatie en onderzoeksfuncties een wetenschappelijke staf, voor de uitvoerende functies professionals die geschikt en bekwaam zij voor de specifieke professionele routines en voor de combinatie van beleidsontwikkeling, regie- en coördinatiefuncties en advies- en ondersteuningsfuncties een cohort bekwame medewerkers die in staat zijn acties van de grond te trekken en/of te institutionaliseren. Actiemensen, doeners. Overstappen van het ene cohort naar het andere moet mogelijk zijn, maar voor de werkzaamheden van ieder cohort zijn wel speciale eigenschappen vereist. We noemen het laatste cohort, maar met een variant op een oude krijgsmachtterm het corps officieren van volksgezondheid. De leden van het corps functioneren zoals vergelijkbare medewerkers van het CDC: zij werken in het veld als *change agents*, adviseurs, afsprakenmakers, initiatiefnemers en dergelijke. Hun activiteiten kunnen we aanduiden met de termen: stimuleren, situeren, steun creëren, structureren en sturen.¹⁵⁴ Zij moeten beschikken over een veelzijdige ervaring op het gebied van uitvoering en ontwikkeling van publieke gezondheidszorg. Zij worden ingezet waar nodig, gaan van plek naar plek en beschikken met name over ervaring met het werken in de grote stedelijke agglomeraties, in nauwe samenwerking met gemeenten, lokale instellingen en professionals. Gemeenten maar ook andere organisaties kunnen hen te hulp roepen, maar verplicht is dat niet. De 'roep' van het corps, hun deskundigheid en ervaring, hun *esprit* moet zodanig zijn dat hun hulp overal gevraagd wordt.

Het zou moeten gaan om een dienst die een publieke identiteit koppelt aan een bedrijfsmatige instelling.¹⁵⁵ De gebruikelijke 'hoerawoorden' die in gevallen zoals deze gebruikt worden, moeten realiteit worden: flexibiliteit, omgevingsgerichtheid, resultaatgerichtheid en samenwerkingsbereidheid. Maar duidelijk moet zijn en blijven, zowel aan politiek en openbaar bestuur als aan de burger, dat het gaat om een publieke dienst met als kenmerken ambtelijk verantwoordelijkheidsbesef, loyaliteit, integriteit, soberheid en gedegenheid.¹⁵⁶ Professionele of ambtelijke arrogantie, introversie en 'bureaucratisme' (zoals doelverschuiving of risicomijdend gedrag) moeten vermeden worden.¹⁵⁷ Het goede van verschillende werel-

154 Hupe en Klijn 1997, p. 47.

155 Noordegraaf en Teeuw 2003, p. 2-13.

156 Een herkenbare staat 2004, p. 37 en 38.

157 Zie over bureaucratisme en overheidsorganisaties: Lammers, C.J., Mijs, A.A. & Noort, W.J. van (9e druk, 2001). *Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologische denken over organisaties*. Utrecht: Het Spectrum.

den combineren en het slechte vermijden is een lastige opgave, maar onmogelijk is het niet. Grote zorgzaamheid en strenge tucht behoren bij leiding van en toezicht op de dienst samen te gaan, geen gebruikelijke combinatie bij de overheid. Een zorgvuldig personeelsbeleid is essentieel, want we kunnen structureren, organiseren en toezicht houden tot we een ons wegen, per slot komt het aan op bekwame en betrokken mensen.

6.4 *Epiloog*

Zou er draagvlak zijn voor de in de slotbeschouwing beschreven ideeën? Dat lijkt in dit land van raden, commissies, autoriteiten en lobbyisten, van traag veranderende structuren niet waarschijnlijk. Waarom zijn ze dan opgeschreven? Omdat ze naar mijn oordeel niet alleen heilzaam kunnen zijn voor de volksgezondheid, maar ook de logische consequentie vormen van het voorgaande. Ik heb het bovendien over Nederland. Als je de stukken of rapporten leest die aan de orde zijn geweest, krijg je niet zelden de indruk dat het over China gaat. Maar het gaat om Nederland, een piepklein landje, dat met nog een paar andere landen tot het dichtstbevolkte op aarde behoort. Een overbevolkt, verstedelijkt en in rap tempo nog verder dichtslibbend land, waar het nergens meer stil en nooit meer donker is. Een land waar iedereen, zowel fysiek als virtueel, op korte afstand van elkaar woont en werkt. Een stadstaat met alle problemen van dien, met als los zand aan elkaar hangende bevolkingsgroepen uit alle windstreken en verdeeld over alle denkbare sociaal-economische strata. En dus ook met alle denkbare volksgezondheidsproblemen. Wat wil ik daarmee zeggen? Wel, dat er in Nederland geen wezenlijk onderscheid meer bestaat tussen centraal en decentraal. Het gaat om graduele verschillen. Er is dan ook geen echt onderscheid tussen rijks- en gemeentelijk beleid. Het betreft grootstedelijk beleid met een lokale component. Het gaat ook niet om maatwerk versus een uniforme aanpak, maar om gradaties van maatwerk. Het gaat in de publieke gezondheidszorg evenmin om privaat versus publiek, maar om statelijk versus verstatelijkt. Het gaat ten slotte niet om horizontaal versus verticaal bestuur, maar om de combinatie van die twee. Conventen kunnen bruikbaar zijn, maar wetten blijven nodig. Goede wetten wel te verstaan. Heilzame wetten.

Dat was het.

Den Lezer heil!

Literatuur

Basistakenpakket JGZ 2002.

Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, Den Haag: Ministerie van VWS 2002.

Beleidsdraaiboek influenzapandemie 2004.

Beleidsdraaiboek Influenzapandemie, Utrecht: Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding 2004.

Bellekom 1995.

Th. L. Bellekom, 'De internationale dimensie van het staatsrecht', in: J.Th.J. van den Berg e.a. (red.), *Inleiding Staatskunde*, Deventer: Kluwer 1995, p. 544.

Bereidheid tot verandering 1987

Bereidheid tot verandering, Rijswijk: WVC: Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987.

Van den Berg en ten Napel 1995.

J. Th. J. van den Berg en H. M. Th. D. ten Napel, 'De rechtelijke macht', in: J.Th.J. van den Berg e.a. (red.), *Inleiding Staatskunde*, Deventer: Kluwer 1995, p. 395.

Bestuurlijke conclusies ten aanzien van de schaalgrootte van GGD'en 2004.

Bestuurlijke conclusies ten aanzien van de schaalgrootte van GGD'en, Den Haag: Platform van GGD-bestuursvoorzitters 2004.

Beter op zijn plaats 1996.

Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. Beter op zijn plaats, Rijswijk: VWS/Commissie Versterking Collectieve Preventie 1996.

Boomsma 2004.

S. Boomsma, *Toekomstscenario's voor de GGD in 2013*, Utrecht: GGD Nederland 2004.

Brancherapport 2000-2003 2004.

Brancherapport Preventie 2000-2003, Bilthoven: RIVM 2004.

Convenant basistakenpakket 2002.

Convenant inzake de voorbereiding van de invoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, Den Haag: VWS 2002.

Van Dijk 2001.

J.P. van Dijk, *Gemeentelijk gezondheidsbeleid. Omvang en doelgerichtheid* (diss. Groningen), Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidswetenschappen 2001.

Draaiboek pokken 2003.

Draaiboek Pokken, Utrecht: Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding 2003.

Drewes 2001.

J.B.J. Drewes, 'Historische en internationale context debat volksgezondheid en zorg'. in *Volksgezondheid en zorg*, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2001, p. 91-117.

Gemeentelijke betrokkenheid 1995.

Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie, Rijswijk: VWS/ Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid 2004.

Onderzoek gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid, Den Haag: SGBO 2004.

Gezondheidsbevordering lokaal 2004.

Gezondheidsbevordering in lokaal perspectief, Utrecht, Woerden, Den Haag: GGD Nederland, NIGZ, VNG 2004. GGD Kennisnet, zoeknummer 28341.

GGD Benchmark 2003 2004.

GGD Benchmark begroting 2003, Utrecht: GGD Nederland 2004.

Hagelstein en Traag 1998.

G.H. Hagelstein en J.M.E. Traag, 'De fantasie van de beste schaal. Over schaalvragen als maat voor besturen', *Bestuurskunde* 1998-7, p. 2-9.

Van Hasselt 1956.

W.J.C. van Hasselt, *Verzameling van Nederlandse Staatsregelingen en Grondwetten*, Alphen aan den Rijn: Samsom 1956.

Een herkenbare staat 2004.

Een herkenbare staat. Investeren in de overheid (Interdepartementaal Beleidsonderzoek 2003-2004, nr. 1), Den Haag: Werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau 2004.

Van Heteren, Hesdahl en Boot 2001.

G. van Heteren, B. Hesdahl en J. M. Boot (red.), *Public health is het stelsel: een manifest*. Utrecht: Netherlands School of Public Health 2001.

Houwaart 1991.

E.S. Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (diss. Maastricht), Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg 1991.

Hupe en Klijn 1997.

P.L. Hupe en E.H.Klijn, *De gemeente als regisseur van het preventief jeugdbeleid*, Utrecht: Sardes 1997, p. 47.

Huurman 1993.

J.G.J. Huurman, *Bestrijding polio-epidemie 1922-1993. Proces-evaluatie*. Wassenaar: Huurman 1993.

Huurman 1997a.

J.G.J. Huurman, 'Lemstra of het gevaar van kokerdenken', *GGD nieuws* 1997, p. 7-11.

Huurman 1997b.

J.G.J. Huurman, 'Borst kiest onverhuld voor méér regels', *Binnenlands Bestuur* 1997, p. 32.

Inhoud gemeentelijke nota's 2004.

Totaal inhoud 222 nota's LGB per 1-10-2004, Utrecht: GGD Nederland 2004. GGD Kennisnet, zoeknummer 240988.

Kerkhoff 1994.

A.H.M. Kerkhoff, *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten*, Bussum: Coutinho 1994.

Lalonde 1974.

M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Ottawa: Government of Canada 1974.

Lieber 1997.

F.W.J. Lieber, 'Lemstra en de benadering van de grote hoop', *GGD nieuws* 1997, p. 25-29.

Mackenbach 2001.

J.P. Mackenbach, *Het meesterschap van Daedalus, Over paradigma, succes en toekomst van de publieke gezondheidszorg*, Rotterdam: Instituut Publieke gezondheidszorg 2001.

Mackenbach 2003.

J.P. Mackenbach, 'Sociale geneeskunde en 'public health'. Historische kanttekeningen bij de Nederlandse situatie', *TSG, tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 2003, p. 450-458.

Meijer en Van den Ouwelant 1998.

A.W.M. Meijer en W. van den Ouwelant, *De GGD nader beschouwd*, Maastricht/ Utrecht: Universiteit Maastricht/LVGGD (nu GGD Nederland) 1998.

Nijhuis 1994.

H.G.J. Nijhuis, *Voorwaarden voor vernieuwing van public health. Een wetenschaps- en maatschappijtheoretisch perspectief* (diss. Utrecht), Rijswijk: Elmar 1994.

Nijhuis 2004.

H.G.J. Nijhuis, *Grote stad, gezondheid en zorg. 'Kwestie van sociale kwaliteit'* (oratie Amsterdam), Amsterdam: Vossiuspers UvA 2004.

Noordegraaf en Teeuw 2003.

M. Noordegraaf en M.M. Teeuw, 'Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector', *Bestuurskunde*, 2003.

OGGZ activiteiten 2004.

OGGZ-activiteiten bij GGD'en, Utrecht: GGD Nederland 2004.

Van den Ouwelant 2004.

W. van den Ouwelant, *Notitie rechtsvorm GGD*, Utrecht: GGD Nederland 2004, GGD Kennisnet, zoeknummer 24850.

Overzicht gezondheidsdiensten 1977.

Overzicht openbare gezondheidsdiensten in Nederland, Utrecht: Vereniging van directeuren van gemeentelijke geneeskundige en/of gezondheidsdiensten in Nederland 1977.

Overzicht GGD'en 1991.

Overzicht GGD'en, Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten 1991.

Prakke, de Reede en Van Wissen 2001.

L. Prakke, J.L. de Reede en G.J.M. van Wissen, *Handboek van het Nederlandse Staatsrecht*, Deventer: Tjeenk Willink 2001.

Preventieve gezondheidszorg 1991.

Preventieve gezondheidszorg in de toekomst. Scenariorapport 1991, Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum 1991.

Preventiebeleid jaren negentig 1992.

Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren negentig, Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1992.

Public Health in England 1988.

Public Health in England, London: HMSO 1988.

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg 1999.

Samenwerken aan openbare gezondheidszorg, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999.

Van Sas 2004.

N.C.F. van Sas, *De metamorfose van Nederland. Van oude orde naar moderniteit 1750-1900*, Amsterdam: Amsterdam University Press 2004.

Smetteloze Kwaliteit 1999.

Smetteloze Kwaliteit? Een onderzoek naar de kwaliteit van de infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg bij GGD'en in Nederland, Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999.

Spelen op de winst 2000.

Spelen op de winst. Een visie op de openbare gezondheidszorg, Den Haag: VWS/Platform openbare gezondheidszorg 2000.

Tjeenk Willink 2004.

H.D. Tjeenk Willink, 'Algemene beschouwingen, de Raad in de staat', in: *Jaarverslag 2003*, Den Haag: Raad van State 2004.

Verschuivende beelden 2004.

Verschuivende beelden. Rapportage integrale jeugdgezondheidszorg en rapportage uitvoering contactmomenten basistakenpakket JGZ, Utrecht: GGD Nederland 2004. GGD Kennisnet, zoeknummer 17415.

Volksgezondheid en zorg 2001.

Volksgezondheid en zorg, Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2001.

De werking van de WCPV 1993.

De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid, Amsterdam/Leiden: KPMG Klijnveld Management Consultants en Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO 1993.

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Infectieziekten, dwang en drang

prof. mr. J.C.J. Dute*

*Hoogleraar gezondheidsrecht
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus MC

1 Inleiding

Het thema waarvoor het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht dit jaar heeft gekozen is de preventieve gezondheidszorg.¹ Meer specifiek is de volgende vraag aan de preadviseurs voorgelegd: ‘wat mag de burger, wat betreft de preventieve gezondheidszorg, van de overheid verwachten en wat mag de overheid op dit terrein van de burger verlangen?’ Het eerste deel van deze vraagstelling vormt de invalshoek van medepreadviseur Van den Ouwelant, het tweede deel is mijn invalshoek. Waar in het eerste deel vooral de aanspraken van de burger jegens de overheid op het terrein van de preventie aan de orde komen, staan in mijn bijdrage de verplichtingen van de burger centraal. Daarbij concentreer ik mij op de problematiek van de infectieziekten. De reden hiervan is niet alleen of primair dat ik goed thuis ben op dit terrein (het vormde in 1994 mijn promotieonderwerp), maar vooral omdat verplichtingen voor individuen op het terrein van de preventieve gezondheidszorg bij uitstek aan de orde zijn bij de bestrijding van infectieziekten. Buiten dit terrein komt verplichte deelname aan preventieactiviteiten die direct op de mens zijn gericht maar weinig voor. Een voorbeeld is het verbod om in openbare gebouwen te roken (art. 10 e.v. Tabakswet).

In de vraagstelling van het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht (VGR) ligt verder een belangrijke beperking besloten, namelijk dat de relatie tussen de overheid en de burger centraal staat. Het gaat dus primair om activiteiten in de sfeer van wat wordt genoemd de collectieve preventie. De infectieziektebestrijding in de individuele sfeer en binnen instellingen blijft dus buiten beschouwing, al zal een enkele maal dit aspect toch aan bod komen, namelijk als de vraag rijst of de overheid niet regulerend zou moeten optreden.

Onder infectieziekten versta ik ziekten die worden veroorzaakt² door een micro-organisme dat kan worden overgebracht op de mens. Centraal staan de ziekten die – direct of indirect – van het ene op het andere individu kunnen worden overgedragen, de besmettelijke (infectie)ziekten. Er zijn ook enkele infectieziekten die niet, althans niet als regel, door de mens kunnen worden overgebracht, de niet-besmettelijke infectieziekten, zoals tetanus.³

Infectieziekten vormen, nog steeds, een belangrijke doodsoorzaak. Dat geldt zeker wereldwijd, waarbij 26 procent van de sterfte aan infectieziekten zou zijn

1 Ik dank de VGR-bestuursleden Hans Akveld, Johan Legemaate en Robinetta de Roode voor hun constructieve opmerkingen over het eerste concept van deze tekst.

2 Veroorzaakt in die zin dat de aanwezigheid van een micro-organisme een conditio sine qua non is voor het krijgen van een infectieziekte. Of iemand ziek wordt is echter van meer factoren afhankelijk, met name de weerstand van de betrokkene.

3 Dute 1994, p. 12 e.v.

toe te schrijven,⁴ maar ook nationaal vormen infectieziekten nog steeds een niet te verwaarlozen doodsoorzaak.⁵ Overigens is niet alleen de mortaliteit, maar ook de morbiditeit (ziektelast) van belang. Zo zijn acht van de tien meest voorkomende ziekten infectieziekten.

Infectieziekten zijn een constante dreiging. Door verschillende factoren bestaat steeds het risico dat nieuwe infectieziekten de kop opsteken (niet alleen HIV/aids, maar ook legionella, vogelpest en natuurlijk SARS), dat bekende ziekten van karakter veranderen (bijvoorbeeld ontwikkeling resistente tuberculose) of zich op een bijzondere wijze manifesteren (zo dreigt een mondiale griepedemie, waarbij het schrikbeeld van de Spaanse griep in 1918/19 met 2,6 miljoen doden in Europa voor ogen komt). Een recente ontwikkeling is de dreiging van infectieziekten als gevolg van bioterrorisme (miltvuur, pokken). Hoewel in de geschiedenis de inzet van micro-organismen als onderdeel van gewapende strijd bepaald geen onbekend fenomeen is,⁶ geeft dit aan de infectieziektebestrijding een nieuwe dimensie, omdat daarmee niet alleen de volksgezondheid, maar ook de openbare orde en veiligheid, zelfs de staatsveiligheid, in het geding zijn.

Een en ander vereist constante waakzaamheid. Centraal hierbij staat het begrip surveillance, dat wil zeggen het verzamelen, analyseren en verspreiden van informatie over het beloop van infectieziekten. Belangrijk in dit verband is de 'early warning': het tijdig signaleren dat zich wijzigingen voordoen in het ziektepatroon (ontstaan van nieuwe ziekten en aandoeningen, wijziging in 'gedrag' van reeds bekende ziekten), zodat direct of op termijn passende maatregelen kunnen worden genomen.

De activiteiten van de overheid in het kader van de infectieziektebestrijding worden zoals gezegd doorgaans aangeduid als collectieve preventie. Dit begrip wordt in artikel 1 Wet collectieve preventie volksgezondheid omschreven als: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking.⁷ In het huidige wettelijke kader staat wat betreft de toepassing van dwingende maatregelen de Infectieziektenwet centraal. Daarnaast zijn regels voor de infectieziektebestrijding te vinden in de Quarantainewet, dit is de uitwerking voor Nederland van de *International Health Regulations* (Internationale Gezondheidsregeling), die zien op de gevaren die voortvloeien uit de zogenoemde quarantainabele ziekten: cholera, pest en gele koorts. Voorts zijn bepalin-

4 Met een 'hoofdrol' voor HIV/aids, malaria en tuberculose, die 39 procent van de sterfte aan infectieziekten veroorzaken, Kindhauser 2003, p. 6.

5 Volgens de doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek zouden in 2003 1892 personen zijn overleden met infectieuze en parasitaire ziekten als primaire doodsoorzaak, op een totaal van 141.936 sterfgevallen, zie Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003.

6 Zie McNeill 1976.

7 De omschrijving is aangepast bij Wet van 13 juli 2002, Stb. 468.

gen opgenomen in met name de Waterleidingwet, de Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden, het (op de Wet op de openluchtrecreatie steunende) Besluit hygiëne, gezondheid en veiligheid kampeerterreinen (Stb. 1995, 140), de Warenwet, de Vleeskeuringswet en de Destructiewet. Ook de Vreemdelingenwet 2000 en de daarop berustende wetgeving bevatten voorschriften die beogen de verspreiding van infectieziekten tegen te gaan. De regeling van de organisatie van de uitvoering van de infectieziektebestrijding is voornamelijk terug te vinden in de Infectieziektenwet en de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

In het navolgende inventariseer ik het huidige instrumentarium⁸ inclusief (met het oog op dwangtoepassing) de uitvoeringsorganisatie, bespreek ik een aantal, daarmee samenhangende rechtsvragen en onderzoek ik de mogelijkheid van enkele nieuwe instrumenten. De Infectieziektenwet staat in dit betoog centraal. Eerst bespreek ik het grondrechtelijke kader en het gevaarscriterium als grondslag voor overheidsdwang, dan ga ik in op enkele actuele internationale aspecten, vervolgens sta ik uitvoerig stil bij de systematiek, de regeling van de melding en de maatregelen die in de Infectieziektenwet zijn opgenomen of daarin mogelijk een plaats zouden kunnen krijgen. Ten slotte wijd ik nog enkele woorden aan de huidige en toekomstige uitvoeringsorganisatie, waarna ik met enkele conclusies afrond.

2 Uitgangspunten

2.1 *Sociale en individuele grondrechten*

Het ligt voor de hand de thematiek van infectieziekten, dwang en drang in de sleutel van de grondrechten te plaatsen. Voor het nationale recht is het vertrekpunt dan artikel 22 lid 1 Grondwet (Gw), waarin is vastgelegd dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Bij de totstandkoming

8 Niet alle onderwerpen komen aan bod. Zo ga ik niet in op screening. In 1996 constateerde de Gezondheidsraad dat de toepassing van drang bij screening op tuberculose bij bepaalde risicogroepen (met name asielzoekers, gevangenen en zeelieden) weliswaar wettelijk was geregeld, maar op een te laag niveau. Inmiddels zijn daartoe voor de diverse groepen op het niveau van de formele wet voorzieningen getroffen. Zie art. 16 sub e Vreemdelingenwet 2000 (verblijfsvergunning voor bepaalde tijd), dat onderzoek naar en behandeling van infectieziekten aangewezen bij of krachtens de Infectieziektenwet verplicht stelt en waarop diverse bepalingen in het Vreemdelingenbesluit 2000 inzake onderzoek naar en behandeling voor tuberculose steunen, art. 32 Penitentiaire beginselenwet, dat de basis vormt van hoofdstuk 5 Penitentiaire maatregel (Gedwongen geneeskundige handelingen) en art. 40 e.v. Zeevaartbemanningwet, waarop art. 107 Besluit zeevaartbemanning handelsvaart en zeilvaart en art. 63 Besluit zeevisvaartbemanning steunen (jaarlijks onderzoek op tuberculose).

van de Grondwet in 1983 heeft dit artikel, dat binnen de gezondheidsrechtelijke dogmatiek een belangrijke plaats inneemt, overigens maar weinig aandacht gehad. Duidelijk is dat het om een instructienorm aan de overheid gaat en dat 'bevordering' mede bescherming (waaronder de bestrijding van infectieziekten) omvat. Het begrip 'volksgezondheid' is niet nader toegelicht. Over de wijze waarop, dat wil zeggen met de inzet van welke middelen, de volksgezondheid moet worden bevorderd, laat artikel 22 lid 1 Gw zich evenmin uit. Dwangmaatregelen jegens het individu zijn intussen niet uitgesloten.

Op internationaal niveau zijn instructienormen voor de overheid aan te treffen die meer specifiek op de bestrijding van infectieziekten zijn gericht. Voorbeelden zijn artikel 11 Europees Sociaal Handvest, dat de overheid verplicht om passende maatregelen te nemen om epidemische ziekten zoveel mogelijk te voorkomen, en artikel 12 Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten dat verplicht tot het nemen van maatregelen die nodig zijn ter voorkoming, behandeling en bestrijding van epidemische ziekten. In het EU-Handvest van de grondrechten (het belang van de EU voor de infectieziektebestrijding neemt toe, zie par. 3.3) komt de infectieziektebestrijding niet specifiek aan de orde. Wel is in artikel 35 het recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg vastgelegd, terwijl voorts een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid gewaarborgd dient te zijn bij de vaststelling en uitvoering van EU-maatregelen. Wellicht kunnen ook op artikel 8 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) verplichtingen voor de overheid worden gebaseerd om maatregelen te nemen in verband met de bestrijding van infectieziekten. Meerdere keren is door het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) geoordeeld dat uit artikel 8 voor de overheid verplichtingen kunnen voortvloeien 'redelijke en passende' maatregelen te nemen om de bescherming van de private sfeer in de relatie tussen de burgers onderling te beschermen.⁹

Tegenover de onmiskenbare overheidsopdracht om maatregelen ter bestrijding van infectieziekten te nemen, staat de opdracht aan de overheid de individuele vrijheidsrechten te respecteren, meer in het bijzonder de geestelijke en lichamelijke integriteit en de bewegingsvrijheid.¹⁰ De geestelijke en lichamelijke integri-

9 Zie recent EHRM 16 november 2004, no. 4143/02 (Moreno Gómez), waar van de overheid werd verwacht passende maatregelen te nemen om geluidsoverlast als gevolg van het nachtelijke uitgaansleven tegen te gaan. Zie ook EHRM 9 december 1994, Series A 303-C, NJ 1996, 506 (Lopes Ostra), waar sprake was van stank en lawaaioverlast door een fabriek; EHRM 19 februari 1998, NJ 1999, 690, waar essentiële informatie voor de beoordeling van het risico dat een kunstmestfabriek opleverde was achtergehouden en EHRM 20 april 2004, no. 48995/99, waar door derden karrenvrachten mest in de tuin waren gestort.

10 Het zou te ver voeren het hele palet aan individuele grondrechten te schetsen die door maatregelen in het kader van de bestrijding van infectieziekten kunnen worden geraakt, zie hierover uitvoeriger Dute 1994, p. 89 e.v.

teit worden met name beschermd door de artikelen 10 en 11 Gw en artikel 8 EVRM,¹¹ alsook door artikel 3 EU-Handvest van de grondrechten.¹² Deze grondrechten zijn in het geding bij de melding van infectieziekten en bij maatregelen als gedwongen onderzoek, gedwongen isolatie, enzovoorts. Beperking is slechts mogelijk bij of krachtens de wet, terwijl voorts een aantal inhoudelijke normen in acht moet worden genomen, die kunnen worden gevat onder de noemers noodzaak, redelijkheid (effectiviteit, proportionaliteit en subsidiariteit) en procedurele rechtswaarborgen.

Genoemde toetsingscriteria lijken inmiddels op een brede instemming te berusten, ook wereldwijd. Zo noemt Gostin met het oog op de regelgeving in de Verenigde Staten vijf eisen waaraan maatregelen in het belang van de volksgezondheid moeten voldoen:¹³

1. met wetenschappelijke methoden dient een substantieel risico te zijn vastgesteld;
2. de regeling dient effectief te zijn, dat wil zeggen dat redelijkerwijs met de gebruikte methode het volksgezondheidsdoel kan worden bereikt;
3. de kosten dienen in een redelijke verhouding te staan tot de opbrengsten (kosteneffectiviteit);
4. de individuele lasten dienen in een redelijke verhouding te staan tot de opbrengsten;
5. de lasten dienen op rechtvaardige wijze over de samenleving te worden verdeeld.

De bewijslast rust daarbij op de overheid (de 'public health authorities').

Deze Amerikaanse benadering spoort mijns inziens redelijk goed met de Europese benadering. Bij kosteneffectiviteit rijst evenwel de vraag of hier van een rechtseis kan worden gesproken.¹⁴ In de vierde eis komen het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel terug. Volgens Gostin is in dit verband onder meer van belang de ingrijpendheid van de maatregel, de frequentie en het toepassingsbereik (een individu, een groep of de hele bevolking) en de duur van de maatregel. Bij de vijfde eis gaat het met name om de bescherming van minderheden en de niet-discriminatoire toepassing van maatregelen.

11 In dit verband zij gewezen op EHRM 22 juli 2003, no. 24209/94 (Y.F. tegen Turkije) waarin het Hof in r.o. 33 nog eens benadrukt dat 'a person's body concerns the most intimate aspect of one's private life. Thus, a compulsory medical intervention, even if it is of minor importance, constitutes an interference with this right.'

12 Overigens is de EU via art. 6 lid 2 EU-verdrag aan de inhoud van het EVRM gebonden.

13 Gostin 2000c.

14 Vanuit het recht gezien is extra waakzaamheid juist op dit punt op zijn plaats, omdat economisch rendement de druk tot deelname kan vergroten, Roscam Abbing 1991.

Waar het gaat om dwangtoepassing bij infectieziekten spitst Gostin, op basis van de Amerikaanse jurisprudentie, de eisen als volgt toe:¹⁵ (1) dwingende noodzaak; (2) effectiviteit; (3) proportionaliteit en subsidiariteit ('least restrictive alternative'); (4) procedurele rechtswaarborgen. Hierin zijn moeiteloos de Europese beginselen te herkennen. Een en ander neemt intussen niet weg dat de toepassing van genoemde criteria in wetgeving en bestuur alsmede de concrete invulling ervan door de rechter uiteen kunnen lopen.

Naast artikel 8 EVRM is voor vrijheidsontneming met name artikel 5 EVRM van belang. Lid 1 sub e van dit artikel laat vrijheidsontneming toe in het belang van 'the prevention of the spreading of infectious diseases', in welk geval wel aan de vereisten van artikel 5 dient te zijn voldaan. Vrijheidsontneming mag slechts plaatsvinden met inachtneming van het nationale (formele en materiële) recht.¹⁶ Zij mag niet willekeurig zijn, moet proportioneel zijn, steunen op 'objective medical expertise' en gerechtvaardigd zijn door de aard of de ernst van de ziekte. De procedurele waarborgen dienen in het nationale recht in een aantal opzichten te zijn uitgewerkt.¹⁷ Het besluit moet zijn genomen door een 'competent authority' en regelmatig door de rechter kunnen worden getoetst.¹⁸ Rechterlijke toetsing hoeft niet aan de vrijheidsontneming vooraf te gaan, maar zij dient wel ofwel automatisch achteraf (en periodiek) door de rechter te kunnen worden getoetst ofwel door de betrokkene aan de rechter ter toetsing te kunnen worden voorgelegd.¹⁹ Van belang is nog het onderscheid tussen vrijheidsontneming en vrijheidsbeperking, in welk laatste geval niet aan de vereisten van artikel 5 hoeft te zijn voldaan. Van een scherp onderscheid is geen sprake, beslissend zijn de omstan-

15 Gostin 2000b.

16 Nog weer eens bevestigd in EHRM 4 april 2000, BJ 2001/1, m.nt. Dute.

17 Zie EHRM 5 oktober 2004, 45508/99 (H.L.), par. 120 e.v.: wie kan de procedure in gang zetten, om welke redenen en op basis van welk medisch onderzoek of welke medische bevindingen, voor welk doel precies en voor welke termijn. Het ontbreken van een dergelijke, meer uitvoerige regeling kan niet worden gecompenseerd door de introductie van rechterlijke toetsing, het een zowel als het ander is vereist, zie par. 123.

18 In verband met dwangmaatregelen op het terrein van de infectieziektebestrijding zijn in het kader van art. 5 EVRM bij mijn weten nooit zaken voorgelegd aan de Europese rechter. De eisen zijn ontwikkeld in de context van met name de gedwongen opname van psychiatrische patiënten, zie vooral EHRM 24 oktober 1979, Series A 1980, 33, NJ 1980, 114 (Winterwerp); EHRM 42 september 1992, Series A 1992, 244, NJ 1993, 523 m.nt. HER (Herczegfalvy) en EHRM 5 oktober 200, BJ 2001/36 (Varbanov).

19 Zie met name EHRM 21 mei 1992, NJ 1993, 522, m.nt. HER (Megyeri); EHRM 42 september 1992, Series A 1992, 244, NJ 1993, 523 m.nt. HER (Herczegfalvy). De rechterlijke procedure hoeft niet te voldoen aan de eisen van art. 6 lid 1 EVRM, wel dient er een procedure op tegenspraak te zijn en dient de betrokkene te worden gehoord.

digheden van het geval: de aard, duur, effecten en wijze van toepassing van de maatregel in kwestie.²⁰ Het gaat om een gradueel onderscheid. Het feit dat geen toestemming is gegeven betekent nog niet onmiddellijk dat de maatregel een vrijheidsbenemend karakter heeft.²¹ Evenmin kan uit het ontbreken van verzet direct worden afgeleid dat de maatregel geen vrijheidsbeneming inhoudt.²²

2.2 *Rechtvaardiging overheidsdwang*

In hoeverre kunnen ingrepen in de individuele vrijheid ten behoeve van de gezondheid van de betrokkene zelf en van anderen gerechtvaardigd zijn? Als rechtsgrond voor dwingend overheidsoptreden heb ik destijds gewezen op het schadebeginsel ('harm-principle'): overheidsdwang ten behoeve van infectieziekten vindt zijn rechtvaardiging uiteindelijk in de afwending of beperking van gevaar voor leven en/of (ernstige) schade aan de gezondheid van andere personen.²³ Een (voldoende) rechtsgrond kan mijns inziens niet worden gevonden in de mogelijkheid als zodanig dat het uitbreken van ziekte kan worden voorkomen, in het feit als zodanig dat infectieziekten in een aantal gevallen op relatief eenvoudige wijze kunnen worden voorkomen of behandeld en evenmin in het feit als zodanig dat infectieziekten overdraagbaar zijn. Het schadebeginsel is als rechtsgrond onomstreden, heeft internationaal breed erkenning verkregen en kent historisch gezien lange wortels (teruggaand tot Mill, die het voorkomen van schade aan derden zelfs als enige rechtsgrond voor dwingend overheidsoptreden beschouwde).

Naast het schadebeginsel kunnen twee andere beginselen als rechtsgrond voor overheidsdwang bij infectieziektebestrijding naar voren worden gebracht. Gostin bespreekt, naast het schadebeginsel (dat hij 'the most commonly asserted justification for public health regulation' noemt), de bescherming van wilsonbekwamen en de afwending van gevaar voor de betrokkene zelf.²⁴ Gostin zoekt de rationale voor de eerste rechtsgrond in het feit dat wilsonbekwamen niet in staat zijn om zelf beslissingen ('informed choices') te nemen en om te handelen naar hun eigen wensen en inzichten. Overheidsoptreden dient erop gericht te zijn die beslissingen te realiseren die de betrokkene zou hebben genomen als hij wilsonbekwaam was geweest.

Naar Nederlands recht wordt het vraagstuk van de wilsonbekwaamheid doorgaans geplaatst in de sleutel van de vertegenwoordiging: bij wilsonbekwaamheid dient de vertegenwoordiger namens de wilsonbekwame de beslissing te nemen.

20 EHRM 28 mei 1985, Series A 93 (Ashingdane); zie ook de recente uitspraak EHRM 5 oktober 2004, no. 45508/99 (H.L.).

21 EHRM 26 februari 2002, BJ 2002/20, m.nt. Dijkers (H.M.).

22 EHRM 18 juni 1971, Series A 12 (De Wilde, Ooms en Versyp).

23 Dute 1994, m.n. p. 144 e.v., waar het beginsel ook verder wordt uitgewerkt.

24 Gostin 2000c.

Daarmee wordt getracht het beginsel van de zelfbeschikking, dat wilsonbekwamen wel toekomt, maar dat zij niet (ten volle) kunnen uitoefenen, naar de mate van het mogelijke recht te doen. In de afgelopen jaren is echter, met name in de context van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en demente bejaarden, een ander beginsel op de voorgrond geplaatst, namelijk dat van de goede zorg.²⁵ Vrijheidsbeperking zou gelegitimeerd kunnen worden vanuit het recht op goede zorg. Daarmee wordt vrijheidsbeperking niet tegenover zorg geplaatst, maar gezien als een element van goede zorg, conditioneel voor zelfontplooiing of een menswaardig bestaan. Vrijheidsbeperking hoeft in die visie dan ook niet koste wat het kost vermeden te worden, maar toegepast te worden zodra dit noodzakelijk is.

Zou het beginsel van goede zorg ook betekenis kunnen hebben voor de infectieziektebestrijding waar het gaat om wilsonbekwame personen? Ik acht dat zeer wel mogelijk, waarbij moet worden bedacht dat bij personen ten aanzien van wie maatregelen in verband met infectieziekten worden overwogen nogal eens twijfels kunnen bestaan over hun wilbekwaamheid (verslaafden, daklozen, psychiatrische patiënten, enz.). Naar mijn oordeel is er echter geen bijzondere reden om alleen personen die aan een infectieziekte lijden in bescherming te nemen. Een regeling die geënt wordt op het beginsel van goede zorg zal zich moeten uitstrekken tot alle (ernstige) aandoeningen.

De laatste grond die door Gostin wordt genoemd is de afwending van gevaar voor de betrokkene zelf. Hoewel in het kader van preventie deze rechtsgrond niet geheel kan worden afgewezen (bromfietshelm, autogordel), dient zij mijns inziens geen rol te spelen bij de vraag of individuele dwangmaatregelen in verband met infectieziekten kunnen worden toegepast.²⁶ In dit opzicht onderscheiden infectieziekten zich immers niet van andere ziekten.

25 Frederiks 2004, m.n. hoofdstuk 3; Arends en Frederiks 2003.

26 Het EHRM wijst dwang in het belang van de betrokkene zelf niet ten principale af, maar wel dient te zijn voldaan aan de vereisten van art. 8 lid 2 EVRM, zie EHRM 29 april 2002, no. 2346/02 (Pretty tegen United Kingdom), r.o. 62: 'The Court would observe that the ability to conduct one's life in a manner of one's own choosing may also include the opportunity to pursue activities perceived to be of a physically or morally harmful or dangerous nature for the individual concerned. The extent to which a State can use compulsory powers or the criminal law to protect people from the consequences of their chosen lifestyle has long been a topic of moral and jurisprudential discussion, the fact that the interference is often viewed as trespassing on the private and personal sphere adding to the vigour of the debate. However, even where the conduct poses a danger to health or, arguably, where it is of a life-threatening nature, the case-law of the Convention institutions has regarded the State's imposition of compulsory or criminal measures as impinging on the private life of the applicant within the meaning of Article 8 § 1 and requiring justification in terms of the second paragraph.'

Steeds dient voor ogen te worden gehouden dat het schadebeginsel, en het daarop steunende gevaarscriterium, geen absolute, van tijd en plaats onafhankelijke maatstaf aanreikt voor de beoordeling van de toelaatbaarheid van dwangmaatregelen. Gevaar is het product van enerzijds de kans dat schade ontstaat en anderzijds de omvang van de schade, mocht deze kans zich realiseren. Ofschoon schadekans en schadeomvang feitelijke begrippen zijn, zijn zij tegelijk normatief geladen. Immers, het vaststellen van wat in dit opzicht aanvaardbaar is vergt een normatief oordeel. Dat oordeel kan verschillen, niet alleen in tijd en plaats, maar ook naar gelang de aard van het gevaar. Het komt me voor dat de tolerantie voor gevaar dat uit (sommige) infectieziekten voortvloeit aanzienlijk lager is dan voor gevaar dat andere oorzaken (arbeid, verkeer, criminaliteit) heeft.²⁷ Deze irrationaliteit stemt tot nadenken, maar hoeft op zichzelf niet problematisch te zijn. Het laat zien dat gevaar mede een maatschappelijk oordeel omvat – een oordeel dat bovendien naar tijd, plaats en context kan variëren.

Uitgangspunt bij de bestrijding van infectieziekten is de vrijwillige medewerking van de bevolking. In het algemeen wordt de noodzaak van het treffen van maatregelen door de bevolking voldoende ingezien. Het is de taak van de overheid om hierop zo goed mogelijk in te spelen. Dat neemt niet weg dat waar dwang noodzakelijk is in het belang van de bestrijding van infectieziekten de overheid ook niet moet aarzelen om dwang toe te passen. ‘Coercion should be part of a thoughtful understanding of public health’, aldus Gostin.²⁸ De overheid dient corrigerend op te treden waar individuen en organisaties onvoldoende rekening houden met de gezondheidsbelangen van derden. Uiteraard gaat het hier mede om een politieke afweging, waarbij mijns inziens het gevaarscriterium maatgevend moet zijn. Een bijzonder aspect daarbij is het feit dat het verspreidingspatroon van een infectieziekte een exponentieel karakter kan hebben. Dit perspectief moet mijns inziens mede in de gevaarsbeoordeling worden betrokken, zodat in een aantal situaties, met name als het gaat om ernstige, zeer besmettelijke ziektes, er al snel van onacceptabel gevaar sprake is.

De toepassing van overheidswang in het kader van infectieziekten kan overigens ook vanuit een geheel andere invalshoek dan de volksgezondheid aan de orde zijn, namelijk die van het strafrecht. Ik doel daarbij niet op de strafrechtelijke handhaving van dwangmaatregelen,²⁹ maar op de vervolging c.q. veroordeling op basis van het commune strafrecht. Deze kwestie is actueel vanwege het feit dat het Openbaar Ministerie in de afgelopen jaren een aantal keer vervolging heeft ingesteld tegen mensen met HIV die onder verzwijging van hun HIV-status onbeschermd seksueel contact hadden gehad. Aanvankelijk werd daarbij poging

27 Zie voor een verdere uitwerking van deze problematiek Dute 1994, p. 146.

28 Gostin 2000a.

29 Zie art. 31, 31a en 31b Infectieziektenwet. Mij zijn overigens geen voorbeelden bekend waarbij toepassing is gegeven aan deze strafbepalingen.

tot doodslag ten laste gelegd, sinds 2003 op geleide van de rechtspraak van de Hoge Raad poging tot zware mishandeling.³⁰ De vraag hierbij is of dit vervolgingsbeleid zich wel laat rijmen met een volksgezondheidsbeleid dat een open klimaat rond HIV en de eigen verantwoordelijkheid centraal stelt.

Het strafrecht kent uiteraard zijn eigen doelstellingen, waarvan de belangrijkste (generale en specifieke) preventie en vergelding zijn. De laatste doelstelling heeft met de volksgezondheid niets te maken, maar de eerste wel. Daaraan doet niet af dat de preventiedoelstelling van het strafrecht ziet op het voorkomen van het plegen van strafbare feiten, terwijl vanuit volksgezondheidsoogpunt het tegengaan van de verspreiding van infectieziekten centraal staat. De achterliggende waarde (de bescherming van leven en fysieke integriteit) is immers dezelfde. De strafrechtelijke doelstelling van preventie kan worden gefrustreerd met een vervolgingsbeleid dat geen of onvoldoende rekening houdt met volksgezondheidsoverwegingen. Van een strafrechtelijk vervolgingsbeleid mag worden verwacht dat het niet disproportioneel of contraproductief is. De Bestuurscommissie Aids en Strafrecht is van oordeel dat strafrechtelijke vervolging van mensen met HIV die onder verzwijging van hun HIV-status onbeschermd seksueel contact hebben gehad, pas aan de orde dient te komen in situaties waarin sprake is van dwang, machtsongelijkheid of misleiding of waarin HIV als 'wapen' wordt gebruikt.³¹ Deze benadering lijkt me juist. Bij andere infectieziekten, waarbij geen zelfbescherming mogelijk is, zoals open tuberculose, kan strafrechtelijke vervolging eerder in beeld komen.

Ook de Hoge Raad lijkt oog te hebben voor het volksgezondheidsaspect bij strafrechtelijk optreden in dit kader. In een recent arrest stelde hij althans in een overweging ten overvloede: 'De vraag of en zo ja in hoeverre het aangewezen is strafrechtelijke bescherming te verlenen – zoals door het creëren van een abstract gevaarzettingsdelict – in verband met het gevaar dat voortvloeit uit het aangaan van onbeschermd seksuele contacten door een persoon die besmet is met het HIV-virus, staat ter beoordeling van de wetgever. De beantwoording ervan vergt een afweging van alle relevante factoren, waaronder algemene volksgezondheidsbelangen.'³²

3 Internationale aspecten van infectieziektebestrijding

3.1 Inleiding

Als gevolg van de intensivering van het internationale handels- en reizigersverkeer is de noodzaak van een internationale aanpak van de bestrijding van infectie-

30 Zie Bestuurscommissie Aids en Strafrecht 2004, p. 13-15 en het overzicht van de jurisprudentie op p. 33-35 van genoemd rapport.

31 Bestuurscommissie Aids en Strafrecht 2004.

32 Hoge Raad 18 januari 2005, 02659/03, r.o. 3.7 (met dank aan J. Legemaate die mij op dit arrest attent maakte).

ziekten – die altijd al belangrijk is geweest omdat voor micro-organismen geen grenzen bestaan – alleen maar toegenomen. Hiervoor zijn met name twee organisaties van belang. Van oudsher treedt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) op dit terrein op, terwijl daarnaast het belang van de Europese Unie voor de infectieziektebestrijding in internationaal verband geleidelijk aan toeneemt. De WHO is, anders dan de EU, een mondiale organisatie, die haar bestaansrecht primair ontleent aan de bestrijding van infectieziekten en op dat terrein ook een grote deskundigheid heeft opgebouwd. De EU is zich met name sinds de aids-epidemie meer gaan bemoeien met de infectieziektebestrijding, waarvoor artikel 152 EU-verdrag de juridische grondslag biedt, terwijl daarnaast een hoog niveau van gezondheidsbescherming een belangrijk aspect is van de voltooiing van de interne markt.

3.2 *International Health Regulations*

De WHO (preciezer: de World Health Assembly) heeft op een aantal terreinen regelgevende bevoegdheid (art. 21 Statuut WHO).³³ Een van die terreinen betreft de ‘sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of diseases’. In dit kader zijn de International Health Regulations (IHR) vastgesteld. De IHR hebben alleen betrekking op cholera, pest en gele koorts, verplichten de aangesloten landen tot melding van ziektegevallen en het toepassen van bepaalde maatregelen. Er bestaat communis opinio over het feit dat de IHR, een voortzetting van eerdere verdragen, volstrekt achterhaald zijn³⁴ en niet geschikt zijn om als internationaal juridisch kader te dienen voor een mondiale aanpak van de signalering en bestrijding van infectieziekten. De recente SARS crisis heeft dit weer eens pijnlijk duidelijk gemaakt.³⁵

Een belangrijke tekortkoming van de IHR is uiteraard hun beperkte bereik: de IHR zijn (nagenoeg) alleen van toepassing op pest, cholera en gele koorts, de zogenaamde quarantainabele ziekten. Ook het uitgangspunt van de regeling, het ‘minimum interference principle’, ontmoet bezwaren (zie verder). Verder zijn de IHR nog te veel geënt op de ‘barrier approach’, de gedachte dat door het nemen van maatregelen aan de grens de introductie van een infectieziekte kan worden tegengegaan. Vroegtijdige ontdekking van een infectiebron en de promptte indaming of uitschakeling ervan vormen echter een betere strategie. Tenslotte, Delon

33 Daarnaast kan de WHO verdragen en internationale overeenkomsten sluiten (artikel 19 Statuut WHO), een bevoegdheid waarvan geen gebruik wordt gemaakt, en (niet bindende) aanbevelingen doen (art. 23 Statuut WHO), een bevoegdheid waarvan juist veel gebruik wordt gemaakt.

34 Beeldend weergegeven door Delon, die dertig jaar geleden al vaststelde dat de IHR zijn gebaseerd ‘on models devised in the days of the sailingship’, Delon 1975.

35 China werd trage berichtgeving verweten, maar was ook in het geheel niet verplicht deze informatie te verschaffen.

constateerde reeds in 1975 dat de IHR onder normale omstandigheden goed vol-
doen, maar ‘the Regulations are mainly intended for periods when major pro-
blems arise, and those have been the very times when their functioning has been
unsatisfactory.’³⁶

Het probleem wordt ook door de WHO zelf onderkend. Sinds 1995 wordt daarom
gewerkt aan een nieuwe versie, waarvan het de bedoeling is dat die op 1 januari
2006 in werking treedt.³⁷ Of deze termijn zal worden gehaald staat overigens te
bezien. Ogenschijnlijk futiel, maar toch niet onbelangrijk is de wijziging van de
doelstelling van de IHR in artikel 2, die zal komen te luiden: ‘to provide security
against the international spread of disease while avoiding *unnecessary* inter-
ference with international traffic’, in plaats van: ‘“with a *minimum* interference
with world traffic’. De omschrijving vermijden van ‘onnodige’ beperkingen van
het internationale handels- en reizigersverkeer is vanuit volksgezondheidsoog-
punt gezien een verbetering, omdat immers in sommige gevallen (SARS, bioter-
roristische aanval) verregaande maatregelen nodig kunnen zijn, waarbij het
belang van de volksgezondheid op het belang van het internationale handels- en
reizigersverkeer voorrang behoort te hebben.³⁸ Een ‘minimale’ beperking kan dan
niet worden gegarandeerd.

De belangrijkste wijziging betreft evenwel de reikwijdte van de IHR. Gerappor-
teerd dienen te worden ‘all events potentially constituting a public health emer-
gency of international concern’ (art. 5). De beperking tot de drie klassieke quaran-
tainabele ziekten wordt daarmee verlaten, van aanwijzing van specifieke ziekten
wordt zelfs geheel afgezien. Omdat de bedreiging van de volksgezondheid cen-
traal komt te staan, ongeacht de oorzaak daarvan, is zelfs het gehele terrein van
de infectieziekten losgelaten. Vanuit volksgezondheidsoogpunt is deze omschrij-
ving natuurlijk een verbetering: zij kan flexibel worden toegepast en includeert
nieuwe, nog onbekende overdraagbare aandoeningen.³⁹ De keerzijde is uiteraard
dat minder duidelijk is wanneer precies tot melding moet worden overgegaan⁴⁰
en dat de WHO afhankelijk wordt van de kwaliteit van de nationale surveillance-
systemen. Overigens is wel voorgeschreven dat nationale surveillancesystemen
zodanig moeten zijn ingericht dat aan de eisen van de IHR kan worden voldaan

36 Delon 1975.

37 IGWG/IHR/Working paper/12.2003; zie www.who.int.

38 Zoals Gostin 2004 het treffend uitdrukte: ‘the international community can-
not have it both ways – unimpeded travel and trade, with full public health
protection’.

39 Gostin 2004.

40 Blijkens Annex 2 van IGWG/IHR/Working paper/12.2003 zijn de volgende
criteria van belang: de mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid, het
ongewone of onverwachte van de gebeurtenis en de vraag of er een substan-
tieel risico voor internationale verspreiding is dan wel, bij ontkennende
beantwoording daarvan, de vraag of het risico bestaat dat landen internatio-
nale handels- en reisbeperkingen gaan opleggen.

(art. 4). Ook het bestrijdingsapparaat dient voldoende te zijn toegerust (art. 10). De aangesloten landen dienen een 'National IHR Focal Point', een centraal informatiepunt, in te richten dat onder alle omstandigheden direct met de WHO kan communiceren (art. 3). Een potentiële gezondheidsbedreiging dient 'by the most rapid means of communication available' aan de WHO te worden gemeld (art. 5). De aangesloten landen dienen eraan mee te werken dat geruchten over potentiële gezondheidsrisico's door de WHO kunnen worden geverifieerd (art. 8). Voor haar informatie is de WHO niet alleen aangewezen op hetgeen de aangesloten landen haar rapporteren, ook kan gebruik worden gemaakt van andere bronnen (art. 7). Met deze, op het eerste gezicht wellicht wat vreemde, bepaling wordt beoogd surveillancesystemen als het 'Global Outbreak Alert and Response Network' en het 'Global Public Health Intelligence Network' juridisch in te kaderen.⁴¹ De huidige IHR staan de WHO alleen toe om informatie te gebruiken die door de aangesloten landen wordt verstrekt. Tot slot kan de WHO al dan niet tijdelijke aanbevelingen doen over de door het getroffen land en door andere landen te nemen maatregelen (art. 11 en 12).

De nieuwe IHR lijken een belangrijke stap voorwaarts in de internationale aanpak van de bestrijding van infectieziekten. Intussen moet worden vastgesteld dat de totstandkoming wel erg veel tijd in beslag neemt. Verder valt op dat het perspectief van de mensenrechten niet erg nadrukkelijk naar voren komt in de nieuwe IHR, terwijl de te nemen maatregelen toch een ernstige aantasting kunnen betekenen van zowel individuele rechten als rechten van minderheden (discriminatie).⁴² Ook bij de effectiviteit van de nieuwe regels kunnen vraagtekens worden gezet. De vraag is immers of het belangrijkste obstakel voor vroege berichtgeving, namelijk de angst voor tegenmaatregelen door andere landen met alle consequenties van dien, wel door de nieuwe IHR wordt weggenomen. De vraag is ook of de aangesloten landen zich veel gelegen zullen laten liggen aan de invulling door de WHO van het begrip 'public health emergency of international concern', dit nog afgezien van het open karakter van de daarvoor te hanteren criteria.⁴³ Om werkelijk effectief te zijn zou de WHO eigenlijk ook dwingend moeten

41 Het Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN), door de WHO gestart in 2000, is een surveillancesysteem dat een groot aantal bestaande netwerken aan elkaar koppelt. In dit kader zijn richtlijnen vastgesteld, volgens welke alle GOARN-activiteiten dienen plaats te vinden 'in full respect of ethical standards, human rights, national and local laws, cultural sensitivities and traditions' (Guiding Principles for International Outbreak Alert and Response). Het Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) is een in Canada ontwikkeld computernetwerk dat 24 uur per dag het internet afzoekt op berichtgeving over potentiële bedreigingen van de volksgezondheid. Op beide systemen zijn gouvernementele zowel als niet-gouvernementele organisaties aangesloten.

42 Dute 2004; Gostin 2004b.

43 Fidler 2003.

kunnen opleggen welke maatregelen door zowel het getroffen land als de andere landen genomen dienen te worden, hetgeen internationaal-rechtelijk vermoedelijk een brug te ver is.⁴⁴

3.3 *Europese Unie*

Artikel 152 EG-verdrag bepaalt dat het optreden van de Gemeenschap gericht is op verbetering van de volksgezondheid, preventie van ziekten en aandoeningen bij de mens en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de menselijke gezondheid. Ook dient bij elk optreden van de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid te zijn verzekerd. Het artikel is met het Verdrag van Maastricht in het EG-verdrag terecht gekomen en door het Verdrag van Amsterdam aangescherpt.⁴⁵ Zoals steeds bij niet-exclusieve bevoegdheden, dient bij het optreden van de Gemeenschap op basis van artikel 152 het subsidiariteitsbeginsel in acht te worden genomen. De bevoegdheden van de Gemeenschap beperken zich tot stimuleren, coördineren en bevorderen van samenwerking; alleen voor de terreinen genoemd in het vierde lid (kwaliteits- en veiligheidseisen ten aanzien van organen en stoffen van menselijke oorsprong, bloed en bloedderivaten alsmede maatregelen op veterinair en fytosanitair gebied) kunnen verdergaande maatregelen worden genomen, waaronder harmonisatie. Verschillen tussen lidstaten in de aanpak van de infectieziektebestrijding en gebrek aan onderlinge afstemming, coördinatie en uitwisseling van informatie kunnen een effectieve aanpak van infectieziekten en meer in het bijzonder ook van uitbraken van ziektes als SARS en bioterroristische dreigingen belemmeren of vertragen. Harmonisatie van infectieziektewetgeving is op grond van artikel 152 EG-verdrag niet mogelijk, maar niets staat de Gemeenschap in de weg om op dit terrein samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling te bevorderen. Met name sinds de aids-epidemie, maar ook onder invloed van vogelpest en SARS en de dreiging van een bioterroristische aanval,⁴⁶ is de aandacht van de EU voor de problematiek van infectieziekten duidelijk toegenomen. Een mijlpaal vormt de start in 1999 van het Communautair Netwerk voor Epidemiologische Surveillance.⁴⁷ Dit netwerk, dat is opgezet voor vroegtijdige waarschuwing en surveillance, bevat twee componenten, een 'early warning and

44 Fidler (2003) wijst er nog op dat de aanbevelingsbevoegdheid die de IHR aan de WHO toekent, in feite overbodig is, omdat de WHO een dergelijke bevoegdheid al heeft.

45 Roscam Abbing 1998. Van belang is overigens ook art. 153 EG-verdrag inzake consumentenbescherming.

46 Zie hierover het Programme of Cooperation on Preparedness and Response to Biological and Chemical Agent Attacks van 17 december 2001, G/FS D(2001)GG. Ook is op 1 mei 2002 een Taskforce voor bioterrorisme opgericht, terwijl voorts op dit punt wordt samengewerkt met de WHO en de G7-landen (Canada, Duitsland, Frankrijk, Groot-Brittannië, Italië, Japan en de Verenigde Staten).

47 Beschikking 2119/98/EG.

response system' (EWRS), dat een snelle uitwisseling mogelijk maakt van gegevens over (potentiële) uitbraken van infectieziekten en van de genomen maatregelen,⁴⁸ en een 'netwerk van netwerken' voor specifieke ziekten of groepen van ziekten, onder meer legionella, salmonella, HIV/aids en tuberculose.

Een volgende stap wordt gezet met de oprichting in 2005 van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, gesitueerd in Stockholm.⁴⁹ De belangrijkste taken van dit centrum zullen zijn, naast EWRS en epidemiologische surveillance, het uitbrengen van wetenschappelijke adviezen, het verlenen van technische bijstand en coördinatie bij ernstige gezondheidsbedreigingen. Het centrum is bedoeld als evenknie van de Amerikaanse Centers for Disease Control. Het heeft geen regelgevende bevoegdheid. Verder worden geen persoonsgegevens verwerkt tenzij dit strikt noodzakelijk is, aldus artikel 20 lid 4 van de oprichtingsverordening.

3.4 Slot

Het internationale recht is bepaald onderontwikkeld waar het gaat om de mondiale c.q. Europese surveillance en bestrijding van infectieziekten.⁵⁰ Men kan zich afvragen wat hiervan de reden is. Is het onderwerp te complex? Zijn de belangen te groot? Is het recht geen bruikbaar instrument? Zijn de internationale organisaties niet effectief genoeg? Wat dit laatste betreft, de WHO kan geen juridische sancties opleggen, al hoeft dat voor de effectuering van internationaal recht niet doorslaggevend te zijn. De WHO heeft grote deskundigheid op het terrein van de infectieziekten, maar mist slagvaardigheid. De EU heeft een groter gezag ten aanzien van de lidstaten, terwijl de EU voorts beschikt over ruimere financiële mogelijkheden. De aandacht van de EU is tot nu toe vooral gericht op surveillance en informatie-uitwisseling. Met het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding komt ook de bestrijding zelf meer in beeld. Het verminderen van de verschillen tussen de infectieziektewetgeving in de verschillende landen in het perspectief van een hoog niveau van grondrechtenbescherming zou een belangrijke opdracht voor de EU kunnen zijn.⁵¹

48 Op grond van Commissie Beschikking 2000/57/EC dienen alle gebeurtenissen die kunnen leiden tot ziekte-uitbraken van Europese betekenis in het kader van EWRS te worden gerapporteerd.

49 Verordening (EG) nr. 851/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 21 april 2004 tot oprichting van een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding.

50 Aginam 2002.

51 Dat zal overigens nog geen gemakkelijke opgave zijn. De Nederlandse en de Duitse wetgeving, de Infektionsschutzgesetz (BGBL. I 2000 S. 1045), bijvoorbeeld zijn van ongeveer gelijke datum, maar verschillen aanzienlijk in meldingssystematiek, instrumentarium en normering. Voor alle duidelijkheid: de weg van de harmonisering kan door de EU niet worden gevolgd.

4 Infectieziektenwet

4.1 Inleiding

Nationaal zijn de belangrijkste dwangmaatregelen in verband met de preventie en bestrijding van infectieziekten vastgelegd in de Infectieziektenwet.⁵² Deze wet is op 29 april 1997 bij de Tweede Kamer ingediend en zonder enige wijziging en overigens ook zonder veel discussie, in 1998 in het Staatsblad verschenen en op 1 april 1999 in werking getreden.⁵³ In de jaren daarna zijn enkele ziekten aan de wet toegevoegd respectievelijk van groep gewisseld.⁵⁴ De belangrijkste wijziging is evenwel de toevoeging van de artikelen 18a-h en 26a-d in verband met de bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid.⁵⁵ Ik kom hierop terug in paragraaf 4.5.

De Infectieziektenwet past binnen een traditie van terughoudendheid waar het gaat om de toepassing van overheidsdwang bij de bestrijding van infectieziekten. Uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van het individu en de vrijwillige medewerking van de bevolking wanneer maatregelen nodig zijn. Dit wordt nog eens bevestigd in de memorie van toelichting: 'Voor het nemen van dwangmaatregelen door de overheid bestaat slechts aanleiding wanneer het gevaar dreigt dat een ziekte ernstige schade kan toebrengen aan de volksgezondheid, terwijl dit gevaar niet op andere wijze effectief kan worden afgewend,' direct gevolgd door: 'Hoeksteen van de infectieziektenbestrijding blijft de vrijwillige medewerking van de bevolking.'⁵⁶

Deze benadering heeft lange historische wortels. Niet alleen de voorganger van de Infectieziektenwet, de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken uit 1976, maar ook de Besmettelijke Ziektenwet 1928 en zelfs de voorganger daarvan, de Epidemiewet uit 1872, ademen dezelfde sfeer van terughoudendheid.⁵⁷ De terughoudendheid waar het gaat om dwangtoepassing is ook terug te

52 Nog geschreven volgens de oude spelling, dus met 'tussen-n'.

53 Stb. 1998, 394, laatstelijk gewijzigd bij Wet van 4 maart 2004, Stb. 154 respectievelijk Besluit van 19 maart 1999, Stb. 143.

54 Ziekte veroorzaakt door enterohaemorrhagische *Escherichia coli* is opgenomen bij Wet van 11 december 1999 (Stb. 498). Door dezelfde wet is legionellose verplaatst van groep C naar groep B. Bij Wet van 18 april 2002 is de ziekte van Creutzfeldt-Jacob aan de Infectieziektenwet toegevoegd (Stb. 265). SARS is toegevoegd bij Wet van 9 oktober 2003 (Stb. 475), pokken bij Wet van 4 maart 2004, Stb. 154.

55 Stb. 2004, 154.

56 *Kamerstukken II 1996/97*, nr. 3, p. 2.

57 Daarbij past wel de relativering dat, toen in 1879 een pestepidemie in Rusland uitbrak, onmiddellijk een machtigingswet tot stand werd gebracht die de overheid van zeer ruime bevoegdheden voorzag om dwangmaatregelen te treffen (Lompenwet), zie Dute 1994, p. 42 e.v.

zien in de omzichtige benadering van de problematiek van de vaccinatieplicht. Ook HIV is niet binnen het bereik van de infectieziektewetgeving gebracht, dit vanuit de gedachte dat effectieve bescherming mogelijk is en de verantwoordelijkheid daarvoor bij de burger ligt.

Voor de bestrijding van infectieziekten kunnen dwangmaatregelen soms nodig zijn, maar zij vormen bepaald niet de kurk waarop de infectieziektebestrijding drijft. Daarbij spelen principiële overwegingen, zoals de bescherming van individuele grondrechten als privacy en lichamelijke integriteit, weliswaar een rol, maar het komt me voor dat pragmatische overwegingen (hoe kunnen infectieziekten het meest effectief worden bestreden?), de doorslag geven. Met een, waar het dwang betreft, terughoudend beleid blijven de groepen die in het bijzonder worden getroffen (dat verschilt per infectieziekte) goed bereikbaar voor voorlichting, zorgverlening en vrijwillige medewerking aan noodzakelijk geachte maatregelen.

4.2 *Wettelijke systematiek*

4.2.1 *Overzicht*

Kenmerkend voor de Infectieziektenwet is dat zij alleen maatregelen met een dwingend (verplichtend) karakter kent. De wet is niet bedoeld als algemeen bestuurlijk kader waarbinnen de bestrijding van infectieziekten van overheidswege gestalte krijgt. Het systeem van de wet is dat zij alleen van toepassing is op de infectieziekten die worden genoemd in artikel 2. Deze ziekten worden in drie groepen verdeeld, te weten A, B en C. De indeling heeft gevolgen voor enerzijds de wijze waarop en de termijn waarbinnen de ziekte moet worden gemeld aan de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst, anderzijds de vraag welke maatregelen in verband met de ziekte kunnen worden genomen. Maatregelen worden steeds opgelegd door de burgemeester op advies van de directeur. Voor enkele maatregelen (isolatie, onderzoek in het lichaam, afzondering, waarneming en medisch toezicht) is rechterlijke tussenkomst vereist.

Voor A- en B-ziekten rust een nominatieve meldingsplicht op de behandelend arts, dat wil zeggen met onthulling van de identiteit van de patiënt. Voor C-ziekten rust de meldingsplicht op microbiologische en virologische laboratoria, waarbij niet de identiteit van de patiënt, maar die van de arts die het onderzoek heeft aangevraagd dient te worden doorgegeven. De belangrijkste individueel gerichte maatregelen zijn isolatie, medisch onderzoek en verbod of beperking van de beroeps- of bedrijfsuitoefening. Voor pokken, SARS en andere ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid komen daar nog waarneming, medisch toezicht en afzondering bij. Gemeenten mogen op het gebied van de infectieziektebestrijding geen verordeningen (met een vrijheidsbeperkend karakter) meer maken, zoals dat het geval was onder de voorganger van de Infectieziektenwet, de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken.

4.2.2 *Beschouwing*

De Infectieziektenwet wijst zelf aan op welke ziekten de wet van toepassing is. Voorheen werden de infectieziekten bij algemene maatregel van bestuur aangegeven, hetgeen, zo was de gedachte, meer flexibiliteit mogelijk maakte. Voor opsomming in de wet zelf is gekozen vanwege de ingrijpende gevolgen die aanwijzing van een infectieziekte met zich brengt.⁵⁸ Van belang is tevens dat een formele wet zelf haar toepassingsbereik behoort te bepalen. Daarnaast is het argument van de flexibiliteit betrekkelijk. In de eerste plaats is bij het opnemen van een infectieziekte in de wet niet steeds haast geboden. In de tweede plaats blijkt ook formele wetgeving, waarbij een infectieziekte wordt aangewezen of naar een andere groep wordt verplaatst, in redelijk korte tijd tot stand te kunnen komen.⁵⁹ In de derde plaats kent de wet in artikel 3 de mogelijkheid om bij ministeriële regeling de wet tijdelijk van toepassing te verklaren op nieuwe infectieziekten en op nog niet geheel opgehelderde ziektebeelden, waarbij besmettelijkheid aanneemelijk is. Ook kunnen langs deze weg infectieziekten naar een andere groep worden verplaatst.⁶⁰ Een dergelijke regeling kan op zeer korte termijn tot stand komen. De wettelijke spoedvoorziening is van de nodige waarborgen voorzien.⁶¹ Tot nu toe is slechts éénmaal van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.⁶² De reikwijdte van de wet is dus (afgezien van de spoedvoorziening) beperkt tot de infectieziekten genoemd in artikel 2. Dit gesloten systeem kent intussen wel een kleine opening in artikel 8, dat instellingshoofden verplicht het optreden te melden van een ongewoon aantal zieken met diarree, geelzucht, huidaandoeningen of andere ernstige aandoeningen van vermoedelijk infectieuze aard onder

58 MvT, *Kamerstukken II 1996/97*, 25 336, nr. 3, p. 5.

59 Zo is legionellose (legionella pneumonie) verplaatst van de C-groep naar de B-groep. Het betreffende wetsontwerp is op 25 augustus 1999 bij de Tweede Kamer ingediend, de wijziging is in werking getreden op 3 december 1999.

60 Bij Wet van 18 april 2002 (Stb. 265) is in de wettelijke spoedvoorziening een verfijning aangebracht, in die zin dat bij de ministeriële aanwijzing van een infectieziekte de mogelijke toepassing van isolatie kan worden uitgesloten.

61 Een van deze waarborgen is dat het wetsvoorstel tot incorporatie (deze term is in de plaats gekomen van 'goedkeuring', Stb. 2002, 265) van de ministeriële regeling in de Infectieziektenwet binnen acht weken aan de Tweede Kamer moet worden verzonden. Onduidelijk is echter wat de gevolgen zijn als dit niet gebeurt. Volgens MvT, *Kamerstukken II 1996/97*, 25 336, nr. 3, p. 12 vervalt dan de ministeriële regeling, maar volgens de Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1997/98*, 25 336, nr. 5, p. 9, is de termijn van acht weken slechts een termijn van orde. Gelet op het feit dat bij intrekking of verwerping van het wetsvoorstel tot incorporatie van de regeling, de regeling blijkens art. 3 lid 3 onverwijld moet worden ingetrokken, ligt het meer voor de hand om de acht-weken termijn als een termijn van orde te zien.

62 Namelijk bij SARS, welke ziekte per 1 april 2003 onder de A-groep is gebracht (Stcrt. 2003, 64).

patiënten of personeel. Deze symptomen en aandoeningen kunnen immers ook betrekking hebben op infectieziekten die niet worden genoemd in artikel 2.⁶³ Op het eerste gezicht lijkt ook een opening te worden geboden door de nieuw ingevoegde paragraaf 2a die voorziet in bijzondere maatregelen voor infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid. Uit artikel 18a vloeit echter nadrukkelijk voort dat de maatregelen alleen kunnen worden toegepast wanneer de betreffende ziekte in groep A of B is ingedeeld.

Steeds dient per ziekte een afweging te worden gemaakt of het noodzakelijk is haar onder de werking van de wet te brengen. Vanzelfsprekend bevat de wet daarvoor geen criterium. Immers, het is de formele wetgever zelf die bepaalt of de wet van toepassing zal zijn op de betreffende ziekte. Bij de totstandkoming van de wet is ook maar heel summier gemotiveerd waarom de verschillende infectieziekten in de wet zijn opgenomen. Het ging onder meer om infectieziekten die onder de IHR vallen dan wel 'under surveillance by the WHO' staan.⁶⁴ Verder is met name gelet op de ernst van de ziekte en de mogelijkheden om effectieve maatregelen te nemen.⁶⁵ Tenslotte wilde de wetgever de wet niet op te veel ziekten van toepassing laten zijn, want dit zou ten koste kunnen gaan van de meldingsbereidheid van artsen.

De indeling van de ziekten in drie groepen maakt differentiatie in melding en maatregelen mogelijk zonder het systeem ingewikkeld te maken. Ongetwijfeld is de indeling in drie groepen mede geïnspireerd geweest door de voorganger van de Infectieziektenwet, de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteorzaken, die ook een driedeling kende. Tegelijk moet worden vastgesteld dat de indeling ook wat rigide is. Denkbaar (en wellicht beter) zou zijn geweest dat de melding en maatregelen per infectieziekte waren uitgesplitst en niet per groep

63 Dit blijkt ook wel uit de uitwerking die het LCI heeft gegeven aan de betreffende bepaling in de richtlijn Infectieziektewet, art. 7 Meldingen instellingen.

64 Met ziekten die 'under surveillance by the WHO' worden bedoeld infectieziekten ten aanzien waarvan de landen die aangesloten zijn bij de WHO, zich hebben verplicht hebben om deze organisatie van gevallen op hun grondgebied op de hoogte te brengen.

65 MvT, *Kamerstukken II 1996/97*, 25 336, nr. 3, p. 4-5. Dit heeft geresulteerd in een bijlage bij de MvT (p. 22-25) waarin heel kort wordt gemotiveerd waarom een ziekte in de (betreffende groep van de) wet is opgenomen, bij A- en B-ziekten veelal met de standaardzin: 'Op de patiënt terug te voeren gegevens zijn noodzakelijk in verband met epidemiologisch onderzoek en de te nemen maatregelen (individueel en collectief).'

van infectieziekten.⁶⁶ Dat zou meer recht hebben gedaan aan de optimale bestrijding van elk van de ziekten. Wel zou mogelijk afbreuk zijn gedaan aan de toegankelijkheid van de wet.

4.3 *Melding*

4.3.1 *Meldingssystematiek*

De modaliteiten van de melding worden bepaald door de vraag in welke groep (A, B of C) de betreffende infectieziekte is ingedeeld.⁶⁷ A- en B-ziekten dienen nominatief door de (behandelend) arts te worden gemeld, en wel reeds op vermoeden dan wel bij vaststelling, terwijl C-ziekten (nauwkeuriger: de vaststelling van de verwekkers daarvan) onder vermelding van de naam van de aanvragende arts dienen te worden gemeld door de microbiologische en virologische laboratoria. De opzet van de wet is dat steeds ofwel de arts ofwel het laboratorium meldt. Er is bewust niet gekozen voor dubbele melding.

Intussen kruipt het bloed waar het niet gaan kan. Een praktijk heeft zich ontwikkeld waarbij huisartsen laboratoria machtigen tot het melden van infectieziekten uit groep B.⁶⁸ Daarbij moet worden bedacht dat praktisch alle B-ziekten door laboratoriumonderzoek dienen te zijn bevestigd alvorens tot melding kan worden overgegaan. Allereerst rijst daarbij de vraag naar de toelaatbaarheid van een dergelijke machtiging. De meldingsplicht is door de wet aan de arts toebedeeld en deze kan zich niet contractueel van zijn wettelijke plicht ontdoen. Dat is echter ook niet de bedoeling van de machtigingsconstructie – uitgangspunt is dat de arts voor de melding eindverantwoordelijk blijft. Dat brengt mee dat wanneer het laboratorium zijn meldingsplicht in een concreet geval niet nakomt, de bestuur-

66 Op deze wijze zou ook kunnen worden voorkomen dat buiten de wettelijke kaders meldingsregelingen ontstaan, zoals bij de Ziekte van Creutzfeld-Jakob (CJD) en de variantvorm daarvan (vCJD). Per 1 september 2002 is dit een B-ziekte, waardoor melding binnen 24 uur na vaststelling aan de directeur van de GGD dient te geschieden. Feitelijk is de meldingsprocedure aldus dat de behandelaar de diagnose *waarschijnlijk of zeker* (v)CJD stelt en deze diagnose binnen 24 uur aan het landelijke registratiecentrum doorgeeft. Dit landelijke registratiecentrum bezoekt zo snel mogelijk de patiënt en de familie, verifieert de diagnose, benadrukt bij de familie het belang van een obductie en geeft de melding binnen twee werkdagen door aan de IGZ. De melding aan de IGZ is anoniem in geval van de klassieke vorm van CJD en op naam bij vCJD of een verdenking op vCJD. De IGZ informeert vervolgens de GGD binnen twee werkdagen.

67 De meldingsplicht bedoeld in art. 7 Infectieziektenwet blijft hier buiten beschouwing.

68 Daartoe wordt een contract gesloten tussen de Districts Huisartsen Vereniging en het betreffende laboratorium. De patiënten dienen over deze gang van zaken te worden geïnformeerd via de gebruikelijke brochures over privacy, registratie en gegevensverstrekking.

lijke boete aan de arts wordt opgelegd.⁶⁹ Toch kunnen onduidelijkheden over de verantwoordelijkheidsverdeling ontstaan. Een ander punt is dat de arts door het machtigen van het laboratorium zichzelf de mogelijkheid ontnemt in concrete gevallen af te zien van melding, omdat zijns inziens andere, hogere belangen dit vergen (conflict van plichten). De vraag is echter of dit voor de praktijk veel betekenis heeft.⁷⁰

Mijns inziens bestaat tegen melding van B-ziekten door laboratoria op zichzelf geen bezwaar, al vraag ik mij wel af of de contractuele weg hier de juiste is. Een wettelijke regeling lijkt meer aangewezen. Dit betekent overigens wel dat het uitgangspunt van de wet, namelijk geen dubbele melding, wordt verlaten, maar in feite is dat met de machtigingsconstructie al gebeurd. Te overwegen valt daarom ook voor (de meeste) B-ziekten laboratoriummelding in te voeren. Om de arts te ontlasten zou in die gevallen waarbij het laboratoriumonderzoek beslissend is voor de vaststelling van de ziekte – en dat geldt zoals gezien voor de meeste B-ziekten – de (nominatieve) meldingsplicht in handen kunnen worden gelegd van de laboratoria, waarbij de GGD zonodig nadere informatie kan opvragen bij de behandelend arts. De spontane meldingsplicht van artsen bij B-ziekten kan dan beperkt blijven tot die infectieziekten die met voldoende zekerheid en in een duidelijk eerder stadium dan via laboratoriumonderzoek klinisch worden vastgesteld.⁷¹ Bij A-ziekten lijkt inschakeling van de laboratoria niet zinvol. Immers, de arts die voor een dergelijke ziekte een onderzoek aanvraagt dient onmiddellijk tot melding over te gaan.

4.3.2 Aids

Aids is niet onder de werking van de Infectieziektenwet gebracht.⁷² De daarin opgenomen maatregelen werden voor de bestrijding van deze ziekte niet effectief geacht. Sinds 1987 melden behandelend artsen patiënten met een aids-diagnose op vrijwillige basis (niet-nominatief) aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.⁷³ Deze registratie, waarmee een hoog meldingspercentage werd bereikt (80-90%), is jarenlang de belangrijkste bron van surveillancegegevens geweest. Omdat het aantal meldingen echter als gevolg van de introductie van effectievere HIV-thera-

69 Theoretisch althans; mij zijn geen gevallen bekend waarbij daadwerkelijk een boete is opgelegd.

70 Gedacht kan worden aan de situatie dat de patiënt illegaal in Nederland verblijft en bij melding 'ondergronds' dreigt te gaan.

71 Vanzelfsprekend dient de bijzondere meldingsplicht van art. 4 lid 3 Infectieziektenwet (weigeren onderzoek door persoon bij wie B-ziekte wordt vermoed) ook in handen van de arts te blijven.

72 De WBI kende een niet-nominatieve meldingsplicht voor artsen voor C-ziekten, maar daarvan is geen gebruik gemaakt bij Aids. De Infectieziektenwet kent een dergelijke niet-nominatieve meldingsplicht voor artsen niet meer, wel voor laboratoria.

73 Niet aan de directeur van de GGD.

pie sterk afnam, is overgestapt op een ander surveillancesysteem.⁷⁴ Medio 2003 is daarom de vrijwillige melding van patiënten met een aids-diagnose beëindigd.⁷⁵

4.3.3 Bestuurlijke boete

Bij niet-nakoming van de meldingsplicht kan een bestuurlijke boete van € 90 worden opgelegd. Tijdens de parlementaire behandeling van de wet is naar voren gebracht dat dit (lage) bedrag het feit weerspiegelt dat de laakbaarheid en de morele verwerpelijkheid van deze nalatigheid beperkt zijn.⁷⁶ Gelet op de grote gevolgen die het te laat melden van met name pokken, SARS, polio en andere zich snel verspreidende ernstige infectieziekten kan hebben voor de volksgezondheid, kunnen bij dit standpunt vraagtekens worden gezet.

4.4 Maatregelen

4.4.1 Inleiding

Via de melding kan de overheid nieuwe gevallen van infectieziekten op het spoor komen en met het oog op de surveillance de vinger aan de pols houden, door het treffen van maatregelen kan de overheid nadere informatie over (vermoede) specifieke ziektegevallen verkrijgen (onderzoeksmaatregelen) dan wel (potentiële) gevaarsbronnen uitschakelen (bestrijdingsmaatregelen). Maatregelen kunnen individueel dan wel collectief gericht zijn, deze laatste blijven hier buiten beschouwing. De onderzoeksmaatregelen in de Infectieziektenwet zijn geneeskundig onderzoek en de verplichting voor de behandelend arts om nadere informatie te verstrekken over een persoon die gevaar oplevert voor overbrenging van een A- of B-ziekte. De in de wet opgenomen (individuele) bestrijdingsmaatregelen zijn isolatie en verbod van beroeps- en bedrijfsuitoefening. Voor ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid komen daar nog afzondering, waarneming en medisch toezicht bij, terwijl voor deze ziekten de plicht tot gegevensverstrekking van de behandelend arts is aangescherpt. Hieronder bespreek ik de verschillende maatregelen, alsmede enkele niet in de wet opgenomen maatregelen, te weten gedwongen behandeling, ambulante dwangbehandeling, *directly observed therapy* en vaccinatie. Omdat gedwongen onderzoek alleen mogelijk is bij iemand die gedwongen is geïsoleerd, bespreek ik eerst gedwongen isolatie.

74 De registratie van HIV-infecties wordt nu bijgehouden door de sinds 1 mei 2002 operationele organisatie Stichting HIV Monitoring (SHM), gevestigd te Amsterdam, die de gegevens, eveneens op anonieme basis, verzamelt via de (op dit moment) 22-HIV behandelcentra, zie www.hiv-monitoring.nl.

75 Zie circulaire 2003-12-IGZ.

76 Nota naar aanleiding van het verslag, *Kamerstukken II 1997/98*, 25 336, nr. 5, p. 15-16.

4.4.2 *Gedwongen isolatie*

Tot de meest ingrijpende maatregelen behoort gedwongen isolatie (art. 14 Infectieziektenwet). Vanwege het ingrijpende karakter kan deze maatregel maar bij een beperkt aantal ziekten worden toegepast, is zij aan strakke normen gebonden (onder andere de eis van ernstig gevaar), terwijl voorts toetsing door de rechter is verzekerd (art. 19 e.v.). Aldus is getracht de regeling aan de maat van het EVRM te brengen. Isolatie kan sinds 1999 ook worden toegepast ten aanzien van degene bij wie een B-ziekte wordt vermoed, maar die zich daarop niet wil laten onderzoeken.

Isolatie kan alleen worden toegepast als de betrokkene niet tot opneming ter isolatie bereid is. Wat nu als de betrokkene geen bereidheid toont, maar zich ook niet verzet tegen opneming? De kwestie is niet aan de orde geweest tijdens de parlementaire behandeling van de wet, en, voorzover ik weet, heeft evenmin de rechter zich er over uitgesproken. Gelet op het wettelijke criterium van geen-bereidheid ga ik er vooralsnog vanuit dat in dat geval een gedwongen opneming dient plaats te vinden, zoals dat ook het geval is in het kader van de Wet Bopz. Evenzo meen ik dat een vertegenwoordiger geen toestemming kan geven voor opneming ter isolatie van een wilsonbekwame patiënt.

De wet stelt niet, zoals in de Wet Bopz, een maximumtermijn voor de isolatie, met de mogelijkheid van verlenging. Een dergelijke constructie maakt het mogelijk dat de rechtmatigheid van de voortzetting van de gedwongen isolatie van tijd tot tijd wordt getoetst, hetgeen door artikel 5 EVRM wordt vereist. In plaats van periodieke toetsing is in de Infectieziektenwet gekozen voor de mogelijkheid dat de betrokkene (en indien deze buiten staat is dit te doen: diens raadsman) aan de rechter opheffing van de maatregel kan verzoeken (art. 22).

Gedwongen behandeling is tijdens de isolatie niet mogelijk (zie echter hierna), wel dient een duidelijk behandelingsaanbod te worden gedaan. Bij gedwongen isolatie komt mijns inziens geen behandelingsovereenkomst tot stand, ook niet als de patiënt het behandelingsaanbod accepteert. Wel is de WGBO in dat geval van overeenkomstige toepassing.

De isolatie duurt voort totdat redelijkerwijs kan worden aangenomen dat het gevaar is geweken of op minder ingrijpende wijze kan worden afgewend. De vraag is hoe dit criterium bij tuberculose moet worden toegepast. De standaardbehandeling duurt ten minste zes maanden, maar de besmettelijkheid is al na enkele weken verdwenen. Wanneer de behandeling echter voortijdig wordt afgebroken bestaat het risico dat de ziekte terugkeert en zich ontwikkelt tot een (multi)resistente vorm, hetgeen een nog veel groter gevaar voor de volksgezondheid betekent dan de oorspronkelijke tuberculose. Mag/moet de isolatie worden toegepast voor de gehele duur van de behandeling? Volgens de Gezondheidsraad gaat dit te ver. De betrokkene moet de kans krijgen te laten zien dat hij de behandeling vrijwillig kan ondergaan. Daarom heeft de raad voorgesteld de isolatie te laten voortduren zolang als, gegeven de omstandigheden van het geval, het opnieuw optreden van gevaar reëel mogelijk is, en wanneer dit gebeurt, het gevaar

onafwendbaar is.⁷⁷ De Gezondheidsraad neemt daarbij afstand van de aanpak van de staat New York, waarin patiënten kunnen worden geïsoleerd totdat de behandeling is afgerond.⁷⁸

De regering heeft zich destijds niet uitgelaten over het door de Gezondheidsraad voorgestelde criterium. Tijdens de parlementaire behandeling werd het volgende opgemerkt: 'Bij het beoordelen of het gevaar voor verspreiding van de infectieziekte is geweken worden uiteraard de specifieke omstandigheden van het geval betrokken. Zo kan, bij tuberculose, de isolatie van een persoon met een reputatie van therapie-trouw gewoonlijk opgeheven worden zodra hij niet meer besmettelijk is, terwijl dat bij een reputatie van therapie-ontrouw nog niet verantwoord is.'⁷⁹ Het ligt inderdaad niet voor de hand om een patiënt bij wie duidelijke aanwijzingen voor therapie-ontrouw bestaan, uit de isolatie te ontslaan. Wanneer dergelijke aanwijzingen niet bestaan, zou met toepassing van het criterium van de Gezondheidsraad, de isolatie niettemin kunnen worden voortgezet als de verwachting bestaat dat de betrokkene mogelijk onvindbaar is indien het risico van therapie-ontrouw zich zou verwezenlijken. Het verschil met de aanpak in New York is feitelijk dan misschien niet zo groot meer.

4.4.3 *Gedwongen onderzoek*

Over geneeskundig onderzoek, geregeld in artikel 16 Infectieziektenwet en aan strakke banden gelegd, kan ik kort zijn. Al eerder⁸⁰ heb ik bepleit om geneeskundig onderzoek ook los van isolatie⁸¹ mogelijk te maken. Als redenen voor de koppeling van geneeskundig onderzoek aan isolatie zijn destijds verschillende argumenten aangevoerd: het subsidiariteitsbeginsel, waarbij de gedachte is dat als isolatie volstaat geen gedwongen onderzoek nodig is behoudens een dringende noodzaak daartoe; de eis van isolatie zou een dam opwerpen tegen lichtvaardige toepassing van gedwongen geneeskundig onderzoek en er zouden meer garanties zijn voor een zorgvuldige toepassing. Daar staat echter tegenover dat de koppeling de praktische mogelijkheden om verplicht geneeskundig onderzoek op te leggen aanzienlijk beperkt. Mijns inziens kan in algemene zin ook niet worden volgehouden dat isolatie een minder vergaande maatregel is dan geneeskundig onderzoek (al kan dit in specifieke gevallen wel zo zijn). De koppeling komt er bovendien op neer dat degene ten aanzien van wie gedwongen medisch onderzoek noodzakelijk wordt geoordeeld, eerst zal moeten worden geïsoleerd, zodat dus een dubbele maatregel moet worden toegepast. Tenslotte biedt mijns inziens de bemoeienis van de burgemeester (bij onderzoek aan het lichaam) en de rechter

77 Gezondheidsraad 1996, p. 64.

78 Deze regeling wordt ook daadwerkelijk toegepast, waarbij isolatie soms meer dan twee jaar duurt, Coker, 2000.

79 *Kamerstukken II 1996/97*, 25 336, nr. 3, p. 17.

80 Dute 1997.

81 En afzondering, zie par. 4.5.3.

(bij onderzoek in het lichaam) voldoende waarborgen tegen lichtvaardige toepassing van de maatregel. Ook in het licht van het EVRM zie ik niet direct bezwaren. Ik wijs nog op de uitspraak Acmanne uit 1984, waarbij aan Belgische ouders een boete was opgelegd voor hun weigering hun kinderen op tuberculose te laten testen via de Mantouxtest of een röntgenfoto. De Commissie zag hierin geen schending van artikel 8 EVRM, meer in het bijzonder gelet op de afweging van de nadelen van de test en de gevolgen van een mogelijke tuberculosebesmetting.⁸² Of, meer dan 20 jaar later, het EHRM bij een dergelijke vraag tot hetzelfde oordeel zal komen moet natuurlijk worden afgewacht. Naar verwachting zal de proportionaliteitstoets dan een belangrijke rol spelen. Factoren die daarbij in ogenschouw zullen moeten worden genomen zijn onder meer de ernst van de ziekte, het gevaar van verspreiding, de frequentie waarmee onderzoek wordt opgelegd en eventuele contra-indicaties voor het onderzoek.

4.4.4 *Verbod van beroeps- en bedrijfsuitoefening*

Artikel 25 Infectieziektenwet maakt het mogelijk om beperkingen te stellen aan beroeps- of bedrijfsmatige werkzaamheden die een ernstig risico voor verspreiding van een A- of een B-ziekte met zich brengen. In de afgelopen jaren is de aandacht daarbij vooral uitgegaan naar mogelijke hepatitis B-overdracht in zorginstellingen, waaraan ik eerder uitvoerig aandacht heb besteed.⁸³ Voor het opleggen van beperkingen aan de beroepsuitoefening kan alleen reden zijn bij aantoonbare risico's voor derden, in dit geval de patiënt.⁸⁴ Hiervan is sprake bij dragerschap in geval van beroepsbeoefenaren die, kort gezegd, invasieve handelingen verrichten. Binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een speciale commissie belast met de taak te adviseren over de vraag in hoeverre in dat geval voortzetting van deze werkzaamheden verantwoord is. Het bestaan van een dergelijke commissie is op zichzelf een goede zaak. De meldingsprocedure aan de commissie vertoont evenwel tekortkomingen en ook is niet geheel duidelijk hoe mag worden gehandeld wanneer dragerschap wel wordt vermoed, maar (nog) niet is vastgesteld.⁸⁵

Meer in het algemeen verdient opmerking dat de mogelijkheden van de Infectieziektenwet tot het stellen van beperkingen aan de beroepsuitoefening in geval van hepatitis B-dragerschap worden gebruikt om een probleem binnen zorginstellingen, meer in het bijzonder ziekenhuizen, aan te pakken. De Infectieziektenwet is echter niet primair bedoeld om toepassing te vinden binnen ziekenhuizen, omdat die geacht worden over voldoende kennis van zaken te beschikken ten aanzien van de bestrijding van infectieziekten, zodat betrokkenheid van de GGD niet of

82 ECRM 10 december 1984, 10435/83 (Acmanne tegen België) 1984, 40 DR 251.

83 Dute, 2001.

84 Overigens kan ook worden gedacht aan de partner, het gezin en andere intimi van de patiënt.

85 Zie Dute 2001, p. 294-295.

in elk geval minder nodig zou zijn.⁸⁶ Daargelaten of dit laatste helemaal juist is, rijst de vraag of zorginstellingen wel voldoende (dwingende) instrumenten hebben om de bestrijding van infectieziekten binnen hun muren aan te pakken. Nagegaan zou moeten worden in hoeverre het wettelijke instrumentarium op dit punt zou moeten worden herijkt. Gedacht kan worden aan de problematiek van patiënten die in buitenlandse ziekenhuizen hebben verbleven en aan de bestrijding van de MRSA, een voor de meeste antibiotica ongevoelige ziekenhuisbacterie.⁸⁷

4.4.5 *Gedwongen behandeling*

Medische behandeling van infectieziekten is in de huidige wet niet verplicht gesteld. Vanuit een oogpunt van adequate bestrijding wekt dat verbazing. Medische behandeling, zonodig in combinatie met isolatie, is een effectieve manier om een besmettingsbron uit te schakelen. Geredeneerd vanuit het gevaarscriterium zou op grond van het subsidiariteitsbeginsel aan verplichte behandeling geen behoefte bestaan, omdat er een minder ingrijpende manier is om het gevaar af te wenden, namelijk isolatie. Het is de vraag of dit (overigens ook door mij destijds in mijn proefschrift verdedigde)⁸⁸ standpunt nog wel houdbaar is.

In de eerste plaats is het de vraag of gedwongen isolatie in alle gevallen minder ingrijpend is dan gedwongen behandeling. De gedachte hierbij is dat gedwongen behandeling de fysieke integriteit aantast, hetgeen bij gedwongen isolatie niet het geval is. Dit veronderstelt dat schending van de fysieke integriteit per definitie ingrijpender is dan schending van andere grondrechten, hetgeen naar mijn oordeel niet kan worden volgehouden. Daarbij kan tevens worden betrokken dat behandeling ook het belang van de betrokkene zelf dient en dat, anders dan in de psychiatrie waarin dwangbehandeling onder bepaalde voorwaarden nu juist wel toelaatbaar wordt geacht, er in beginsel geen of nauwelijks psychische of gedrags-effecten van de medicatie uitgaan.

In de tweede plaats rijst de vraag of gedwongen isolatie in alle gevallen wel even doeltreffend en doelmatig is als gedwongen behandeling. Daarbij moet worden bedacht dat isolatie, met name bij tuberculose, lang kan duren, soms gecombineerd moet worden met andere vrijheidsbeperkende maatregelen, ingrijpende (materiële en personele) voorzieningen vereist, en dientengevolge hoge kosten met zich brengt.⁸⁹

86 MvA, *Kamerstukken I 1997/98*, 25 336, nr. 292a, p. 2.

87 Dit geldt voor MRSA temeer, nu het gevaar dreigt dat deze bacterie ook buiten het ziekenhuis actief wordt.

88 Zie Dute 1994, p. 255-257 en 319-320.

89 Weliswaar is in art. 27 lid 2 Infectieziektenwet de mogelijkheid geopend om de kosten van de maatregel op de betrokkene te verhalen, maar in de praktijk zal dit doorgaans geen reële optie zijn.

Voor een categorische afwijzing van gedwongen behandeling is mijns inziens niet langer plaats.⁹⁰ Van geval tot geval dient te kunnen worden beoordeeld of, gelet op de effectiviteit en doelmatigheid van de gevaarsafwending en de totaliteit van de grondrechtenaantasting, dwangbehandeling aangewezen is. Voor gedwongen behandeling is uiteraard een wettelijke basis nodig. Net als bij gedwongen isolatie zouden de infectieziekten waarbij dwangbehandeling toelaatbaar is, moeten worden opgesomd.⁹¹ Aan de maatregel dienen inhoudelijke criteria als noodzaak (van gevaarsafwending voor derden), proportionaliteit en subsidiariteit te worden gesteld, terwijl de maatregel voorts, net als gedwongen onderzoek in het lichaam, aan een rechterlijk verlot zou kunnen worden gebonden.

4.4.6 *Ambulante dwangbehandeling*

Met ingang van 1 januari 2004 kent de Wet Bopz de mogelijkheid van de voorwaardelijke machtiging, doorgaans aangeduid als ambulante dwangbehandeling.⁹² De regeling, opgenomen in artikel 14a-14g Wet Bopz, maakt het mogelijk om bij psychiatrische patiënten een gedwongen opname niet ten uitvoer te leggen zolang de betrokkene zich houdt aan de door de rechter vastgestelde voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat de betrokkene zich onder behandeling zal stellen. Er dient een behandelingsplan te zijn opgesteld dat de instemming van de betrokkene behoeft. Ook andere voorwaarden kunnen worden gesteld die betrekking hebben op het gedrag van de betrokkene. Wanneer het gevaar buiten de inrichting niet langer kan worden afgewend door het naleven van de voorwaarden, dient de geneesheer-directeur de voorwaardelijke machtiging in een voorlopige om te zetten. Een bevoegdheid daartoe bestaat als de betrokkene daarom verzoekt of wanneer hij de voorwaarden niet meer naleeft.

Mijns inziens zou een regeling vergelijkbaar met die van de ambulante dwangbehandeling ook voor de bestrijding van infectieziekten van belang kunnen zijn. Daarbij denk ik met name aan tuberculose, waarbij na enige weken van behandeling de directe besmettelijkheid is verdwenen en daarmee de rechtsgrond van voortzetting van gedwongen isolatie geleidelijk aan problematisch wordt (zie par. 4.4.2). Via ambulante dwangbehandeling kan worden verzekerd dat de betrokkene zijn medicatie blijft innemen zonder dat de isolatie hoeft te worden voortgezet.

Wettelijk zal moeten worden vastgelegd voor welke infectieziekten en onder welke voorwaarden ambulante dwangbehandeling toelaatbaar is. De regeling in de Wet Bopz kan daarbij in belangrijke mate model staan. Van belang is wel dat, anders dan bij de rechterlijke machtiging in de Wet Bopz, in de Infectieziektenwet

90 Opmerking verdient dat in de Duitse Infektionsschutzgesetz, die in het algemeen in ruime bevoegdheden voorziet en op grond waarvan bijvoorbeeld ook gedwongen vaccinatie mogelijk is (art. 20 lid 6 en 7), gedwongen behandeling expliciet is uitgesloten (art. 28).

91 Met name moet hierbij worden gedacht aan tuberculose.

92 Zie Stb. 2002, 431, inwerkingtreding Stb. 2003, 467.

de rechterlijke machtiging tot isolatie altijd pas achteraf wordt gegeven. De isolatie vindt in eerste instantie plaats op basis van een beschikking van de burgemeester. De regeling van de ambulante dwangbehandeling bij infectieziekten kan dan betekenis hebben als isolatie nog niet onmiddellijk noodzakelijk is. Wanneer gedwongen isolatie eenmaal is toegepast, zou ambulante dwangbehandeling in de vorm van voorwaardelijk ontslag kunnen worden toegepast. De huidige wet kent deze mogelijkheid niet, zodat daarin zou moeten worden voorzien.

4.4.7 *Directly observed therapy*

Met name in de grote steden wordt bij de behandeling van tuberculose *directly observed therapy* (DOT) toegepast. Daarbij nemen de patiënten onder toezicht hun medicijnen in. Moet dit toezicht als een vorm van vrijheidsontneming worden beschouwd, zodat hiervoor eigenlijk een wettelijke basis zou moeten bestaan? Ik ben geneigd deze vraag ontkennend te beantwoorden.⁹³ Het toezicht staat in het kader van het op verantwoorde en geregelde wijze innemen van de tuberculostatica. Wanneer deze medicatie niet zorgvuldig wordt ingenomen, bestaat het risico dat zich tuberkelbacillen ontwikkelen die resistent zijn tegen een of meerdere, en uiteindelijk zelfs alle, tuberculostatica. Mijns inziens is het aan de beroepsgroep om te bepalen op welke wijze een bepaalde behandeling op verantwoorde wijze kan geschieden. Dit vereist dat criteria worden ontwikkeld (en in richtlijnen worden vastgelegd) om te bepalen wanneer tot DOT wordt overgegaan. Discriminatie dient te worden tegengegaan door de indicatie op individueel niveau te bepalen. Vanzelfsprekend dient de betrokkene met de DOT in te stemmen. De vraag rijst dan of de arts bij weigering van instemming mag afzien van de behandeling met tuberculostatica. Wanneer er een duidelijke indicatie voor DOT is, moet dit inderdaad niet uitgesloten – en wellicht zelfs geboden – worden geacht.

4.4.8 *Vaccinatie*

Inleiding

De discussie over verplichte vaccinatie heeft zich in vroegere tijden toegespitst op pokken, later op polio. Voor pokken gold enige tijd een sterk afgezwakte vaccinatieplicht,⁹⁴ voor polio is een vaccinatieplicht, hoewel geregeld bepleit,⁹⁵ steeds afgewezen. Van een principiële afwijzing van een vaccinatieplicht in verband met polio lijkt intussen geen sprake meer te zijn, het zijn vooral praktische – maar daarom niet minder belangrijke – overwegingen die aan invoering van verplichte

93 Uit de Amerikaanse literatuur lijkt te moeten worden afgeleid dat in de VS DOT wel als vrijheidsbeperking wordt gezien, Institute of Medicine 2000.

94 Op grond van de Inentingswet 1939, ingetrokken in 1975. Van een vaccinatieplicht kan eigenlijk niet worden gesproken, er was slechts sprake van enige aandrang.

95 Doek 1978; Veldkamp en Bogers 1993.

poliovaccinatie in de weg staan.⁹⁶ Een vaccinatieplicht is op dit moment alleen aan de orde voor specifieke groepen, zoals militairen,⁹⁷ en hulpverleners in verband met hepatitis B.⁹⁸

Vaccinatieplicht

Wat kan aan de uitvoerige discussie die in het verleden over verplichte vaccinatie is gevoerd nog worden toegevoegd? Tegen de achtergrond van het (nog steeds) buitengewoon succesvolle rijksvaccinatieprogramma ligt een algemene vaccinatieplicht niet voor de hand,⁹⁹ en waar het gaat om competente volwassenen geldt dit a fortiori. Volgens Verweij en Dawson zou met betrekking tot competente volwassenen alleen reden tot invoering van een vaccinatieplicht kunnen bestaan indien er geen enkele andere mogelijkheid zou zijn om zeer ernstige consequenties voor de volksgezondheid tegen te gaan. Zij noemen daarbij het voorbeeld van een bioterroristische aanval met een zeer besmettelijke ziekteverwekker.¹⁰⁰

-
- 96 Zie met name Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Vaste prik? Advies over het beleid inzake poliovaccinatie*, publikatie 17/'93. Zie ook Gezondheidsraad, *Advies inzake het invoeren van een vaccinatieplicht en het effect daarvan op de inentingsgraad van de bevolking*, Rijswijk, 1974; Gezondheidsraad, *Advies inzake poliomyelitis, 's-Gravenhage*, 16, 1982. Bij de praktische bezwaren gaat het met name om de handhavingsproblemen, in het bijzonder de effectiviteit en proportionaliteit van de daarbij te nemen maatregelen.
- 97 Vaccinatieverplichtingen hebben vooral gegolden ten aanzien van militairen. Op grond van de *Wet immunisatie militairen* (Stb. 1953, 432) kon de minister iedere vaccinatie voorschrijven die hij nodig oordeelde. Van deze bevoegdheid is herhaaldelijk gebruik gemaakt. In de afgelopen jaren echter zijn deze regelingen, door de opschorting van de dienstplicht door de *Kaderwet dienstplicht* in 1997, in de vergetelheid geraakt. Recentelijk zijn deze regelingen ingetrokken (Stcrt. 2004, 217), of beter gezegd, uitdrukkelijk ingetrokken, want blijkens de toelichting ging het om 'een aantal regelingen waarvan niet meer was te achterhalen of deze al waren ingetrokken of waarbij de intrekking mogelijk gebrekkig is geweest, bijvoorbeeld omdat het betreffende intrekkingbesluit slechts onder een zeer beperkte groep belanghebbenden bekend is gemaakt.'
- 98 Uitvoerig daarover mijn artikel Dute 2001, waarin ik heb gepleit voor het oplossen van deze problematiek via een wettelijke regeling. Anders Gevers 1999, die de voorkeur geeft aan zelfregulering door de beroepsverenigingen en de instellingen. Dit lijkt intussen wel de praktijk, ook ten aanzien van andere ziekten zoals tuberculose (BCG-vaccinatie).
- 99 Daaraan doet niet af dat de deelnemingsgraad enigszins lijkt terug te lopen vanwege het toenemende aantal ouders dat kritisch staat ten opzichte van vaccinaties op grond van hun levensbeschouwing, zie hierover (kritisch) Rümke en Visser 2004a. Zie ook Van de Bovenkamp-Meijer en Rümke 2005.
- 100 Verweij en Dawson 2004. Zie ook Gostin et al. 2002. Ongetwijfeld wordt hierbij gedacht aan pokken.

Mijns inziens gaat het hier om een volstrekt theoretische kwestie. Immers, in een dergelijke situatie zal het probleem bepaald niet zijn hoe de bevolking tot deelname aan vaccinatie kan worden bewogen als wel hoe logistiek kan worden bewerkstelligd dat eenieder tijdig wordt gevaccineerd.¹⁰¹

Ten aanzien van kinderen ligt de situatie anders. Bij de vraag naar een mogelijke vaccinatieplicht voor kinderen is echter niet het – algemene, voor infectieziektebestrijding geldende – gevaarscriterium maatgevend, maar de vraag of de ouders in zodanige mate tekortschieten in de zorg voor de gezondheid van hun kinderen dat de overheid mag interveniëren in de opvoedingsvrijheid van de ouders.¹⁰² Meer in het bijzonder is het de vraag of in dit verband een bijzondere (strengere) zorgplicht voor de ouders geldt.

Volgens Verweij en Dawson zou dwang ook gerechtvaardigd kunnen zijn ter bereiking van groepsimmunitet.¹⁰³ Hun argument daarvoor is de ‘common good’ die daardoor wordt gediend. Als zelfstandige grond voor vaccinatiedwang overtuigt dit argument echter niet. Immers, waarom zou het creëren van groepsimmunitet nog een rechtvaardiging kunnen zijn voor vaccinatiedwang als is vastgesteld dat (ten aanzien van volwassenen) eenieder zichzelf kan beschermen en (ten aanzien van kinderen) ouders niet zodanig tekortschieten in de zorg voor hun kinderen dat overheidsinterventie op zijn plaats is.¹⁰⁴

Compensatie van schade als gevolg van vaccinatie

Ook bij afwezigheid van een vaccinatieplicht rijst de vraag in hoeverre de overheid moet opkomen voor schade als gevolg van het rijksvaccinatieprogramma, dat in sterke mate van overheidswege wordt georganiseerd en gepropageerd. Van civielrechtelijke aansprakelijkheid zal niet snel sprake zijn. Volgens Leenen/ Gevers zou aansprakelijkheid kunnen worden aangenomen als tot inenting is besloten op onvoldoende gronden of indien het publiek onvoldoende is geïnfor-

101 Pokken maakt geen deel meer uit van het rijksvaccinatieprogramma. In Nederland is er niet voor gekozen om met het oog op een mogelijke bioterroristische aanval het pokkenvaccin opnieuw aan te bieden. Dat zou bijzondere problemen hebben opgeroepen, omdat het maar de vraag is of zich ooit zo’n aanval zal voordoen, terwijl het pokkenvaccin niet helemaal veilig is, dit nog afgezien van de kosten-batenverhouding, zie Institute of Medicine 2003.

102 Dute 1994, p. 259.

103 Verweij en Dawson 2004, p. 3125. Groepsimmunitet (*kudde-immunitet* of *herd-immunitet*) ontstaat als een voldoende aantal personen in een bepaalde populatie is ingeënt. In dat geval worden ook de niet-gevaccineerde personen beschermd. Die moeten dan wel voldoende verspreid zijn over de populatie, hetgeen nu juist bij polio niet het geval was.

104 Hierbij nog daargelaten dat langs vrijwillige weg net zo goed of zelfs beter groepsimmunitet kan worden bereikt.

meer over de eventuele risico's van de inenting.¹⁰⁵ Hieraan kan nog worden toegevoegd het gebruik van een ondeugdelijk vaccin.¹⁰⁶

Ook bij (op zichzelf genomen) rechtmatig handelen van de overheid kan er echter reden zijn tot schadevergoeding.¹⁰⁷ De grondslag daarvoor moet worden gevonden in schending van het algemene rechtsbeginsel van de 'égalité devant les charges publiques'. Daarbij moet aan enkele criteria zijn voldaan. In de eerste plaats dient het schadeveroorzakende handelen van de overheid de behartiging van het algemeen belang op het oog te hebben. Bij vaccinatie is dit mijns inziens evident. In de tweede plaats komt voor vergoeding alleen onevenredige schade in aanmerking. Van onevenredigheid is sprake als een beperkte groep van personen wordt getroffen (op hen drukt dan een bijzondere last) en de schade buiten het normale maatschappelijke risico valt.¹⁰⁸ Aan het criterium van 'een bijzondere last' wordt mijns inziens voldaan bij schade als gevolg van vaccinatie. Minder duidelijk ligt dit voor het criterium dat schade die binnen het gewone maatschappelijke risico van de gelaedeerde valt niet hoeft te worden vergoed. Door de vaccinatie wordt immers een groot aantal gevallen van besmetting voorkomen, waarvan de gelaedeerde ook (en zelfs met een grotere kans) het slachtoffer had kunnen zijn. Daar staat tegenover dat het aantal bijwerkingen van vaccinatie dermate gering is dat de gelaedeerde redelijkerwijs geen rekening behoefde te houden met de ingetreden schade.¹⁰⁹

105 Leenen/Gevers 2002, p. 217.

106 Onlangs heeft de Gezondheidsraad (2004) geadviseerd om voor kinkhoest over te stappen op het acellulaire combinatievaccin, dat niet alleen effectiever zou zijn maar ook minder bijwerkingen zou geven. Omdat dit vaccin niet eerder dan in 2007 kan worden geleverd door het Nederlands Vaccin Instituut, adviseerde de raad om het tijdelijk in te kopen bij een andere producent.

107 Overigens kent het Nederlandse recht geen algemene regel op grond waarvan de overheid steeds gehouden zou zijn tot (gehele of gedeeltelijke) vergoeding van schade als gevolg van rechtmatig overheidsoptreden ten dienste van het algemeen belang, Van Wijk/Konijnenbelt & Van Male 2002, p. 736.

108 HR 18 januari 1991, AB 1991, 241 (Leffers).

109 Bijwerkingen van vaccinaties zijn zeldzaam, circa 0.25 op duizend, en zelden ernstig van aard, Rümke en Visser 2004b.

Engeland kent een specifieke regeling voor compensatie van schade als gevolg van vaccinatie, de Vaccine Damage Payments Act 1979.¹¹⁰ Aanleiding voor de regeling was de onrust die in de jaren zeventig van de vorige eeuw ontstond over de vermeende onveiligheid van het vaccin tegen kinkhoest. Rechtsgrond was dat vaccinatie van overheidswege wordt aanbevolen en niet alleen het individu, maar ook de samenleving als geheel ten goede komt. Een dergelijke regeling valt ook voor Nederland te overwegen, al is het aantal gevallen van schade dat in verband kan worden gebracht met vaccinatie beperkt.¹¹¹ Bijzondere aandacht verdient daarbij de causaliteitseis. In Engeland dient de handicap het waarschijnlijke gevolg van de vaccinatie te zijn (art. 3 lid 5 Vaccine Damage Payments Act 1979). Mijns inziens zou dit ook voor Nederland een redelijke maatstaf zijn.¹¹²

4.4.9 Rechten van degene die de maatregel moet ondergaan

De rechtspositie van degene die de maatregel moet ondergaan wordt niet alleen bepaald door de Infectieziektenwet zelf, maar ook door aanpalende wetgeving, waarvan de Algemene wet bestuursrecht, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens het belangrijkste zijn. Op de geneeskundige handelingen die in het kader van de Infectieziektenwet worden verricht, is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst van overeenkomstige toepassing, voorzover althans de aard van de rechtsbetrek-

110 Deze wet is op dit moment van toepassing op difterie, tetanus, kinkhoest, poliomyelitis, mazelen, bof, rubella, tuberculose, haemophilus influenza B, meningococci groep C en pokken (inenting tot 1971). Recht op (eenmalige) uitkering (van 100.000 pond) bestaat slechts wanneer iemand zwaar gehandicapt ('severely disabled') is, of vlak voor zijn dood was, als gevolg van vaccinatie tegen één of meer van de aangewezen ziekten. De regeling is in 2002 wat versoepeld, met name waar het betreft de termijnen voor het indienen van een claim, de mate van handicap (60% in plaats van 80%) en bepaalde oude gevallen (de Regulatory Reform (Vaccine Damage Payments Act 1979) Order 2002). Zie ook: Amending the Vaccine Damage Payment Act 1979, A Consultation Paper issued by the Department for Work and Pensions, July 2001. Claims worden afgehandeld door de Vaccine Damage Payment Unit.

111 Van 1997 tot en met 2001 (dus over een periode van vijf jaar) zou het gaan om 52 gevallen waarbij het 'voorstelbaar' is dat er een verband bestaat tussen vaccinaties uitgevoerd in het kader van het rijksvaccinatieprogramma en het ontstaan van (ernstige) ziekteverschijnselen. Daarbij ging het om één sterfgeval (niet door de vaccinatie als zodanig, maar door de inwerking op een ernstige onderliggende aandoening) en om vier gevallen met ernstige neurologische restverschijnselen. Zie Gezondheidsraad, 2002.

112 Volgens Gezondheidsraad, 2002, zouden van de meldingen van ziekteverschijnselen er tien waarschijnlijk en één hoogstwaarschijnlijk verband houden met de vaccinatie, terwijl dit verband bij het sterfgeval 'mogelijk' was.

king zich daartegen niet verzet (art. 7:464 BW). Volgens de MvT is op de behandeling van infectieziekten de WGBO zelfs 'onverkort' van toepassing,¹¹³ maar het is duidelijk dat de toepassing van bepaalde maatregelen op grond van de Infectieziektenwet beperkingen kan stellen aan de uitoefening van de in de WGBO opgenomen patiëntenrechten.

4.5 *Infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid*

4.5.1 *Inleiding*

Bij Wet van 4 maart 2004, Stb. 154, is in de Infectieziektenwet een nieuwe paragraaf 2a ingevoegd met bijzondere maatregelen ter bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid. Aanvankelijk was het de bedoeling van de regering om alleen nadere regels te stellen in verband met het gevaar van pokken (als gevolg van een mogelijke bioterroristische aanval), maar tijdens de parlementaire behandeling is de betreffende wijzigingswet ingehaald door een nieuw wetsvoorstel waardoor ook SARS en qua ernst en besmettelijkheid vergelijkbare ziekten binnen het bereik ervan werden gebracht. Voor deze ziekten zijn bijzondere maatregelen geïntroduceerd, meer bepaald afzondering, waarneming en medisch toezicht. Kern van de nieuwe maatregelen is enerzijds dat zij minder ver gaan dan de meest ingrijpende maatregel van de Infectieziektenwet, te weten isolatie, anderzijds dat zij kunnen worden toegepast op een veel grotere groep van personen dan op wie isolatie kan worden toegepast. Moeten er bij isolatie ten minste gegronde redenen zijn om aan te nemen dat de betrokkene lijdt aan een infectieziekte uit groep A, voor genoemde maatregelen bij ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid is het voldoende dat er contact is geweest met een lijder aan een dergelijke ziekte of zelfs met een vermoedelijke lijder.

Als zodanig zijn de maatregelen niet nieuw. In feite gaat het om de klassieke maatregelen die in het verleden bij pokken werden toegepast, maar vanwege de eradicatie van pokken in onbruik zijn geraakt en vervolgens uit de wet zijn verdwenen. Het gaat om, in vergelijking met isolatie, lichtere maatregelen, maar tegelijk is de drempelwaarde voor de toepassing ervan veel lager, terwijl bovendien minder rechtsbescherming wordt geboden, als gevolg waarvan de maatregelen gemakkelijker op grote groepen personen kunnen worden toegepast. Maximale flexibiliteit is verder beoogd. Zo kunnen op grond van artikel 26d Infectieziektenwet bij algemene maatregel van bestuur, en zelfs bij ministeriële regeling, nadere, zondig van de wet afwijkende regels worden gesteld ten aanzien van de bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid.

De bijzondere maatregelen zijn van toepassing op 'ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid'. Het woord 'hoge' slaat niet alleen op letaliteit, maar ook op besmettelijkheid. Het gaat dus om infectieziekten die niet alleen tot veel sterfte leiden, maar ook zeer besmettelijk zijn, waarbij met name aan besmet-

113 *Kamerstukken II 1996/97, 25 336, nr. 3, p. 4.*

ting via de lucht moet worden gedacht. Dat het dan gaat om een ‘ernstige’ infectieziekte spreekt voor zich, zodat deze toevoeging in feite overbodig is.

Het begrip ‘ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid’ wordt in de wet niet nader omschreven. Daardoor is niet geheel duidelijk wanneer de bijzondere maatregelen kunnen worden toegepast. Vast staat wel dat de betreffende ziekten expliciet onder de werking van de wet moeten zijn gebracht. Wellicht had de wetgever er beter aan gedaan de betreffende paragraaf van toepassing te verklaren op A-ziekten.

4.5.2 *Melding*

De wetswijziging heeft geen wijziging gebracht in de regeling van de melding. Wel zijn bij afzonderlijke wet zowel pokken als SARS aangewezen als A-ziekte. Uit artikel 18a lijkt te moeten worden afgeleid dat infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid niet alleen in de A-groep, maar ook in de B-groep kunnen worden ingedeeld. Het is moeilijk voor te stellen dat een infectieziekte die veel doden tot gevolg kan hebben en tegelijk zeer besmettelijk is, niet reeds op vermoeden zou moeten worden gemeld. Pokken en SARS zijn daarom terecht ondergebracht in de A-groep. Inmiddels is ook artikel 7 (meldingsplicht instellingen) op SARS van toepassing verklaard. Daartoe is overigens geen gebruik gemaakt van de wetgevende bevoegdheid die artikel 7 lid 2 Infectieziektenwet aan de minister toekent, maar is door de Inspectie voor dat doel een circulaire uitgevaardigd (die geen bindende kracht heeft).¹¹⁴

4.5.3 *Afzondering en waarneming*

Afzondering en waarneming zijn geregeld in artikel 18a. Afzondering moet worden onderscheiden van isolatie. Bij isolatie gaat het steeds om opneming in een ziekenhuis. Afzondering daarentegen wordt ten uitvoer gelegd in een (door de burgemeester aangewezen) gebouw. Dat gebouw kan een ziekenhuis zijn,¹¹⁵ maar

114 Circulaire 2003-17-IGZ. Door een ziekenhuis dienen de volgende clusters van ziektegevallen aan de GGD te worden gemeld: twee of meer bij de zorg betrokken medewerkers van het ziekenhuis met een ziektebeeld dat voldoet aan de klinische case definitie van SARS en met een eerste ziektedag met minder dan tien dagen tussentijd; een in hetzelfde ziekenhuis opgelopen of met hetzelfde ziekenhuis in verband gebrachte ziekte bij drie of meer personen (personeel, al dan niet bij de zorg betrokken, en/of patiënten en/of bezoekers) met een ziektebeeld dat voldoet aan de klinische case definitie van SARS en met een eerste ziektedag met minder dan tien dagen tussentijd. Daarmee wordt het door de WHO aanbevolen ‘SARS Alert’ geïmplementeerd.

115 Zie ook art. 18c, dat een aangewezen ziekenhuis verplicht terstond alle maatregelen te treffen. De LCI heeft op dit punt nadere eisen gesteld en een lijst opgesteld van ziekenhuizen die hieraan voldoen, zie Draaiboek SARS I: Incidentele introductie.

ook een ander gebouw, terwijl afzondering zelfs thuis plaats kan vinden. Tijdens de afzondering wordt waarneming verricht,¹¹⁶ dat is de medische beoordeling of de betrokkene ziekteverschijnselen vertoont (zie art. 1 sub p). Wat onderscheidt waarneming van geneeskundig onderzoek? Helemaal duidelijk is dit niet. Het lijkt erop dat waarneming alleen het uitwendig schouwen betreft, terwijl bij geneeskundig onderzoek handelingen aan en in het lichaam kunnen worden verricht. Van een inbreuk op een grondrecht is dus bij waarneming amper sprake.¹¹⁷ Kan tijdens afzondering ook geneeskundig onderzoek worden verricht? Dat lijkt wel de bedoeling van de wetgever te zijn geweest, aangezien de op geneeskundig onderzoek betrekking hebbende bepalingen (art. 16 lid 1 en 2) van overeenkomstige toepassing zijn verklaard (zoals gezien kan geneeskundig onderzoek in principe alleen worden toegepast bij geïsoleerde personen).

De kring van personen waarop de maatregel betrekking kan hebben is buitengewoon ruim. Afzondering en waarneming kunnen reeds worden toegepast als de betrokkene een dusdanig contact met een (vermoedelijke) lijder heeft gehad dat besmetting mogelijk is (art. 18a lid 1 sub a). Het behoeft geen betoog dat aan dit criterium al snel zal zijn voldaan.¹¹⁸ Afzondering en waarneming kunnen blijkens artikel 18b voor ten hoogste 18 dagen worden opgelegd. Voor pokken is deze termijn verder uitgesplitst. Op aanwijzing van de hoofdinspecteur kunnen de termijnen overigens worden verlengd.

4.5.4 Medisch toezicht

Met medisch toezicht wordt beoogd om bij degene ten aanzien van wie de maatregel is opgelegd zo spoedig mogelijk de eerste klinische symptomen van een infectieziekte op te merken. Wat de maatregel concreet kan inhouden is voor pokken nader in de wet uitgewerkt (art. 18d). Zo dient de betrokkene 's ochtends en 's avonds de lichaamstemperatuur op te meten en door te geven aan de directeur van de GGD. Bij een lichaamstemperatuur van meer dan 38°C mag de betrokkene niet buiten de woning of andere verblijfplaats treden en bij 38°C de gemeente niet verlaten, behoudens toestemming van de directeur van de GGD. Artikel 18d regelt niet ten aanzien van wie de maatregel kan worden opgelegd, maar uit de

116 Afzondering en waarneming wordt wel quarantaine genoemd.

117 Wellicht is de plicht tot waarneming vooral in de wet opgenomen om te waarborgen dat deze ook daadwerkelijk plaatsvindt.

118 Bij pokken kan met name worden gedacht aan personen in de eerste en tweede ring. Met de eerste ring worden personen bedoeld die gedurende twee of meer minuten gezichtscontact op een afstand van minder dan twee meter met een patiënt hebben gehad dan wel twee of meer uur met een patiënt in één ruimte heeft doorgebracht dan wel een patiënt heeft verzorgd dan wel blootgesteld is geweest aan de opzettelijke verspreiding van de infectieziekte. Met de tweede ring worden personen bedoeld die een gezins- of daarmee vergelijkbaar contact hebben gehad met een persoon in de eerste ring. Zie art. 1 sub l en m Infectieziektenwet.

begripsomschrijving kan worden afgeleid dat het om personen in de zogenoemde eerste ring moet gaan.¹¹⁹ Net als voor afzondering en waarneming is ook voor medisch toezicht de maximale termijn 18 dagen, waarbij eveneens verlenging mogelijk is. Wanneer medisch toezicht niet op verantwoorde wijze kan plaatsvinden, kan de betrokkene in afzondering worden geplaatst (art. 18 e). Het lijkt erop dat dan niet aan de specifieke eisen en voorwaarden van artikel 18a hoeft te zijn voldaan, anders was de bepaling immers overbodig geweest.

4.5.5 *Nadere gegevensverstrekking*

Artikel 18f verplicht de behandelend arts van patiënten of van personen in de eerste of tweede ring¹²⁰ om op verzoek van de burgemeester aan de directeur van de GGD alle noodzakelijke gegevens te verstrekken om het verspreidingsgevaar vast te stellen. Een dergelijke verplichting was al vastgelegd in artikel 13, maar de kring van personen over wie informatie moet worden verstrekt is uitgebreid.

4.5.6 *Procedurele rechtswaarborgen*

De wet kent, naast de materiële normering, ook een aantal procedurele rechtswaarborgen, waarbij het strenge regime dat voor isolatie geldt uitgangspunt is geweest. De waarborgen zijn echter hier en daar wat afgezwakt om de maatregelen, die waarschijnlijk massaal moeten worden toegepast, in de praktijk hanteerbaar te houden. Moeten afzondering en medisch toezicht worden beschouwd als vrijheidsontneming in de zin van artikel 5 EVRM? Voor afzondering ligt dat in de rede, bij medisch toezicht zal dat van de omstandigheden afhangen. De regering heeft echter het zekere voor het onzekere genomen door de regels voor de rechterlijke toetsing van isolatie, behalve op afzondering, ook op medisch toezicht van toepassing te verklaren, hetgeen betekent dat de beschikking van de burgemeester steeds aan de rechter wordt voorgelegd, die de betrokkene in dat verband ook moet horen (art. 24a). Wel wordt niet meer ambtshalve een raadsman toegevoegd. Voor onderzoek in het lichaam is verder de eis van voorafgaand rechterlijk verlof vervallen (art. 18h).

4.5.7 *Beschouwing*

Op zichzelf kan het worden toegejuicht dat de wetgever de problematiek van SARS en bioterrorisme niet op zijn beloop heeft gelaten. Wel is het vreemd dat deze – toch ingrijpende – wetswijziging nauwelijks tot enige serieuze parlementaire discussie heeft geleid. In de wetenschappelijke literatuur heeft zij tot nu toe zelfs geen enkele aandacht gehad. Zijn de maatregelen zo vanzelfsprekend dat zij

119 Zie de vorige noot. Helemaal duidelijk is de wetgever op dit punt overigens niet, omdat de bevoegdheid om medisch toezicht op te leggen steunt op art. 18a, dat, net als bij afzondering en waarneming, medisch toezicht reeds toelaat als de betrokkene een dusdanig contact met een (vermoedelijke) lijder heeft gehad dat besmetting mogelijk is. Dat omvat ook de tweede ring.

120 Idem.

geen discussie behoeven? Dat betwijfel ik. Die twijfel heeft niet zozeer betrekking op het uitgangspunt dat in verband met SARS, pokken en vergelijkbare infectieziekten nieuwe bevoegdheden zijn gecreëerd met een veel lagere drempelwaarde voor de toepassing en waarbij concessies aan de rechtsbescherming zijn gedaan. De overheid moet immers in staat zijn om snel en gepast te reageren op een mogelijk catastrofale epidemie. De kans dat een dergelijk scenario zich ontrolt, door opzet¹²¹ of door een natuurlijke oorzaak, is misschien niet groot, maar de daaruit resulterende maatschappelijke ontwrichting kan enorm zijn.

Voor de aanpak van SARS, pokken en vergelijkbare infectieziekten heeft de wetgever evenwel gemeend te moeten aansluiten bij de systematiek van de Infectieziektenwet. De nieuwe wettelijke maatregelen doen nogal obsoleet aan, en dat is natuurlijk niet toevallig, omdat ze geënt zijn op de vroegere aanpak van pokken. Of ze bij SARS en nog onbekende ernstige infectieziekten voldoende soelaas zullen bieden, staat natuurlijk nog te bezien, maar dit kan de wetgever uiteraard niet worden verweten. De wetgever kan immers niet anders dan uitgaan van de stand van de medische wetenschap op dat moment. Wel rijst de vraag of aan het wettelijke antwoord wel een voldoende degelijke analyse van de problematiek ten grondslag ligt. De wetswijziging lijkt op haastwerk.

Met de Infectieziektenwet kunnen beheersbare risico's in toom worden gehouden, maar geen rampen. Mijns inziens is de Infectieziektenwet niet geschikt om toepassing te vinden in een noodtoestand, die ongetwijfeld het gevolg zal zijn van een uitbraak van SARS of een bioterroristische aanval, waarbij ogenblikkelijk de openbare orde en (staats)veiligheid in het geding is. Daarvoor is wetgeving vereist waarin rampenbestrijding, infectieziektebestrijding en handhaving van de openbare orde in samenhang toepassing kunnen vinden. Op welke wijze dit vorm zou moeten krijgen zou nader onderzocht moeten worden. Gostin e.a. hebben voor een dergelijke regeling in de Verenigde Staten een model ontwikkeld waarbinnen het uitroepen van 'a state of public health emergency' het scharnierpunt vormt.¹²² Van belang daarbij is dat maatregelen worden getroffen die bewerkstelligen dat toegekende rechten ook daadwerkelijk kunnen worden uitgeoefend.

5 Uitvoeringsorganisatie

5.1 *Huidige uitvoeringsstructuur*

De uitvoeringssystematiek van de Infectieziektenwet is aldus dat dwangmaatregelen steeds worden opgelegd door de burgemeester, op advies van de directeur van de GGD waaraan ook de melding dient plaats te vinden. Voor enkele

121 Biologische wapens zijn veel gemakkelijker te ontwikkelen dan chemische wapens, veel goedkoper dan nucleaire wapens, veel dodelijker, en bovendien moeilijk te ontdekken; US Commission 1999.

122 Gostin et al. 2002.

maatregelen is rechterlijk verlof nodig. De verplichting voor gemeenten om een GGD in te stellen en in stand te houden is vastgelegd in artikel 5 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De bestrijding van infectieziekten is opgedragen aan B&W.¹²³ Blijkens artikel 3 lid 1 dragen B&W zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.¹²⁴ Voorts dienen B&W de vaccinaties uit het rijksvaccinatieprogramma aan te bieden (art. 3 lid 2 sub c).¹²⁵

Met de WCPV is ook voor de bestrijding van infectieziekten gekozen voor een gedecentraliseerde uitvoeringsorganisatie. Dat ligt voor ernstige, zeer besmettelijke infectieziekten niet bepaald voor de hand. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in 1997 de minister de bevoegdheid is gegeven terzake van de bestrijding van een 'epidemie van infectieziekten'¹²⁶ aan B&W een aanwijzing te geven, indien deze niet of niet naar behoren optreden, terwijl ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding te verwachten is (art. 3 lid 2).¹²⁷ Zouden deze aanwijzingen ook betrekking kunnen hebben op het toepassen van dwangmaatregelen in het kader van de Infectieziektenwet? Dat ligt niet voor de hand. De aanwijzingen kunnen immers alleen worden gegeven aan B&W, en dit college kan de burgemeester niet dwingen om op een bepaalde wijze van zijn wettelijke bevoegdheden gebruik te maken. Aanwijzingen kunnen wel aan de burgemeester worden gegeven (door de minister; de hoofdinspecteur kan alleen aanwijzingen geven aan de directeur van de GGD) op basis van artikel 26b

123 Ik loop hierbij vooruit op de inwerkingtreding van de Wet dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden (art. LXIX), waarvan het ontwerp op dit moment bij de Eerste Kamer ligt (*Kamerstukken I* 2003/04, 28 995, nr. A).

124 De omschrijving is aangepast bij Wet van 13 juli 2002, Stb. 468.

125 Daarbij gaat het overigens niet om de 'AWBZ-vaccinaties' (daarvoor zijn de entadministraties verantwoordelijk), maar om vaccinaties tegen bijvoorbeeld hepatitis C en tuberculose als er sprake is van een verhoogd risico, *Kamerstukken II* 2001/02, 28 063, p. 11 (MvT).

126 Hieronder wordt blijkens art. 1 lid 1 sub c WCPV verstaan: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens art. 2 of 3 van de Infectieziektenwet aangewezen ziekte. Met name is gedacht aan polio, maar ook pokken en SARS komen in aanmerking. De omschrijving creëert overigens wel rechtsonzekerheid over de vraag wanneer de minister van zijn aanwijzingsbevoegdheid gebruik mag maken.

127 Stb. 1997, 219.

Infectieziektenwet, voorzover het gaat om ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid.^{128 129}

Rond de wettelijke uitvoeringsstructuur zijn enkele overlegorganen geformeerd, met name het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), waarin het vanuit professioneel oogpunt wenselijke beleid wordt uitgestippeld, dat vervolgens op haalbaarheid en uitvoerbaarheid wordt getoetst in het bestuurlijk afstemmingsoverleg (BAO). Een belangrijke rol komt verder toe aan de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) te Utrecht. De LCI, opgericht in 1995, is een samenwerkingsverband van de gemeentelijke en gewestelijke gezondheidsdiensten, de GGD Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De LCI heeft tot taak het uitvoeren van crisismanagement bij een (dreigende) epidemie en het maken van landelijke, uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten en dient verder aandacht te besteden aan de gevaren van bioterrorisme.

Een van de belangrijkste activiteiten van de LCI is het uitbrengen van richtlijnen en draaiboeken. Tot voor kort was hierover wettelijk niets geregeld. De status van deze richtlijnen en de binding die ervan uitgaat is onduidelijk.¹³⁰ Inmiddels heeft het LCI een wettelijke basis gekregen en is ook een regeling getroffen voor het opstellen van draaiboeken (art. 26a Infectieziektenwet).¹³¹ Een draaiboek 'ter beheersing van de gevaren van één of meer infectieziekten behorende tot groep A of groep B' wordt op verzoek van de minister opgesteld door het LCI, en vervolgens door de minister vastgesteld. Na vaststelling vindt de bestrijding van de ziekte plaats volgens het draaiboek. Krijgt een draaiboek na vaststelling door de minister de status van algemeen verbindend voorschrift? Van een algemeen verbindend voorschrift is pas sprake indien een besluit 'naar buiten werkende, voor de daarbij betrokkenen bindende regels bevat, die uitgaan van het openbaar gezag, dat de bevoegdheid daartoe aan de wet ontleent'. Aan het laatste deel van deze omschrijving (uitvaardiging door het openbaar gezag, wettelijke grondslag)

128 De aanwijzingsbevoegdheden zijn in feite een afwijking van de gebruikelijke regeling voor taakverwaarlozing (art. 123 Gemeentewet voor de gemeenteraad, art. 124 Gemeentewet voor de burgemeester).

129 Overigens was met de op B&W gerichte aanwijzingsbevoegdheid in de WCPV juist bedoeld om de bevoegdheid van de burgemeester om in individuele gevallen de afweging van de noodzaak van een dwangmaatregel te kunnen maken niet aan te tasten. Daarvan is dus kennelijk nu afgestapt.

130 De betekenis van deze richtlijnen voor de praktijk moet niet worden onderschat. Zo heeft het LCI bijvoorbeeld ter uitwerking van de (weinig omlinjende) meldingsplicht van art. 7 een nauwkeurige richtlijn (Infectieziektewet art. 7 Meldingen instellingen) uitgebracht, om welke reden de minister ervan kon afzien om gebruik te maken van zijn bevoegdheid tot nadere regelstelling.

131 Men kan zich afvragen of deze regeling niet beter in de WCPV had kunnen worden neergelegd.

wordt door de introductie van artikel 26a Infectieziektenwet wel voldaan. Gelet op de inhoud van de inmiddels vastgestelde draaiboeken kan echter worden betwijfeld of de daarin opgenomen voorschriften wel steeds een algemeen karakter hebben, dat wil zeggen gelden voor een reeks van gevallen en gericht zijn op een open en in abstracto omschreven groep van personen. Vermoedelijk moeten de door de minister vastgestelde draaiboeken daarom als beleidsregels worden beschouwd (of als een mix van algemeen verbindende voorschriften en beleidsregels).

Artikel 26a wekt de indruk dat een draaiboek op alle A- en B-ziekten betrekking kan hebben, maar uit de plaatsing van dit artikel in hoofdstuk 4a (Landelijke coördinatie en aansturing bij de bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid) moet worden afgeleid dat draaiboeken alleen betrekking kunnen hebben op ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid (voorzover opgenomen in de A- of B-groep).¹³² De onduidelijkheid over de status en bindende kracht van andere richtlijnen en draaiboeken blijft daarmee bestaan.

5.2 *Centrum voor preventie en bestrijding infectieziekten*

In oprichting is een Centrum voor preventie en bestrijding infectieziekten (CPBI),¹³³ eerder aangeduid als de Infectieziekteautoriteit.¹³⁴ Volgens de minister is de huidige structuur van de infectieziektebestrijding gedateerd: 'Ze komt voort uit de "oude" overzichtelijke infectieziekteproblematiek en kent een sterk decentrale en versnipperde aanpak.'¹³⁵ Het CPBI beoogt met name bij te dragen aan de versterking van de centrale regie bij de preventie en bestrijding van infectieziekten waarvan een grote of acute bedreiging van de volksgezondheid uitgaat. Het CPBI dient de minister inhoudelijk bij te staan bij de dan te nemen bestuurlijke maatregelen. Het centrum dient overigens ook inhoudelijke ondersteuning te bieden aan de twee andere niveaus die de minister, naast de nationale en internationale preventie en bestrijding, onderscheidt, te weten de regionale preventie en bestrijding, en de individuele behandeling van infectieziekten. Het CPBI gaat een onderdeel vormen van het RIVM, de LCI gaat in het CPBI op. Het centrum zal als landelijk aanspreekpunt fungeren voor de WHO en het Europees Centrum voor ziektebestrijding en -preventie.

132 Inmiddels is er een Draaiboek Pokken, terwijl voor SARS twee draaiboeken zijn opgesteld, te weten Draaiboek SARS I: Incidentele introductie, en Draaiboek SARS II: Grootschalig voorkomen.

133 De eerste directeur hiervan wordt prof.dr. R. Coetinho. Het centrum heeft een eigen website, zie www.rivm.nl/volksgezondheid/infectieziekten/vci.

134 *Kamerstukken II* 2003/04, 22 894, nr. 29. Deze term is losgelaten omdat deze doet denken aan een afzonderlijk (zelfstandig) bestuursorgaan, hetgeen niet de bedoeling is, *Kamerstukken II* 2004/05, 25 295, nr. 13, p. 2.

135 *Kamerstukken II* 2004/05, 25 295, nr. 13, p. 1.

Net als voorheen zal bij ernstige bedreigingen en crises een 'Outbreak Management Team' worden geformeerd voor inhoudelijk advies. Bestuurlijke afstemming zal plaatsvinden in het 'bestuurlijk overleg', een overlegstructuur van bestuurlijk verantwoordelijken onder leiding van de directeur-generaal van de volksgezondheid. Bij rampen treedt de rampenstructuur in werking en zal worden gehandeld volgens het 'nationaal handboek crisisbestrijding'.¹³⁶ Beoogd wordt de infectieziektebestrijding beter te laten aansluiten bij de rampenbestrijding, onder meer door de bureaus voor geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen op te nemen in de GGD'en, waartoe de gebiedsindelingen van de GGD'en zullen worden aangepast aan de veiligheidsregio's.

De CPBI dient ten behoeve van de preventie en bestrijding van infectieziekten kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen, die de minister dwingend wil gaan voorschrijven.¹³⁷ Op zichzelf kunnen hieruit naar mijn oordeel geen verplichtingen voor individuen voortvloeien. Wel kan natuurlijk gebruik worden gemaakt van de bestaande wettelijke instrumenten.

6 Slot

De ruime aandacht die in dit preadvies is besteed aan dwang en drang bij de bestrijding van infectieziekten, zou licht de indruk kunnen wekken dat dwang en drang de kurk zijn waarop de infectieziektebestrijding drijft. Het tegendeel is echter het geval. De vrijwillige medewerking van een goed geïnformeerde bevolking is en blijft de hoeksteen van de infectieziektebestrijding. Respect voor mensenrechten dient het uitgangspunt te zijn, dwangmaatregelen zijn het sluitstuk van het overheidsbeleid inzake infectieziekten. Soms moeten ze worden toegepast, meestal zal de mogelijkheid dat ze kunnen worden toegepast voldoende zijn. Wanneer aan de criteria voor dwangtoepassing is voldaan, moet de overheid ook niet aarzelen om tot toepassing ervan over te gaan. Het gevaarscriterium, dat wil zeggen het voorkomen of beperken van mogelijke schade voor derden of de volksgezondheid, dient hierbij maatgevend te zijn.

Merkwaardig blijft dat, waar infectieziekten zich niet aan landsgrenzen storen en internationale samenwerking meer dan voor de hand ligt, het internationale juridische instrumentarium zo zwak ontwikkeld is. Twee bewegingen zouden in deze situatie evenwel verbetering brengen. In het kader van de WHO wordt gewerkt aan een nieuwe versie van de *International Health Regulations*. Het aanpassingsproces verloopt evenwel traag. De vraag is verder of de vernieuwde IHR inderdaad voldoende effectief zullen zijn en of de bescherming van de individuele grondrechten wel voldoende is gewaarborgd. Een tweede beweging is het feit dat de EU zich in de afgelopen jaren nadrukkelijker op het terrein van de infectieziektebestrijding heeft gemanifesteerd, culminerend in de oprichting van een

136 *Kamerstukken II* 2004/05, 25 295, nr. 13, p. 4-5.

137 *Kamerstukken II* 2003/04, 22 894, nr. 29, p. 6.

Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding. Ofschoon harmonisering van infectieziektewetgeving op grond van artikel 152 EG-verdrag niet mogelijk is, kan via 'early warning', gegevensuitwisseling en coördinatie en afstemming van genomen en te nemen maatregelen een gemeenschappelijk beleid dichterbij worden gebracht. Uiteindelijk zal de infectieziektewetgeving van de verschillende landen beter op elkaar moeten worden afgestemd. Een gemeenschappelijk beleid zou hiertoe een belangrijke impuls kunnen vormen.

In ons land zijn de verplichte melding en de (individueel gerichte) dwangmaatregelen in het kader van de infectieziektebestrijding bijeengebracht in de Infectieziektenwet. Meer duidelijkheid is gewenst over de duur van gedwongen isolatie bij tuberculose alsmede over de vraag of 'directly observed therapy' als vrijheidsbeperking moet worden gezien. Verplicht onderzoek zou moeten worden losgemaakt van gedwongen isolatie. Een specifieke regeling voor compensatie van schade als gevolg van vaccinatie valt te overwegen, al is het aantal gevallen van schade dat in verband kan worden gebracht met vaccinatie beperkt. Het wettelijke instrumentarium zou kunnen worden aangevuld met gedwongen behandeling en met name ook ambulante dwangbehandeling. Recentelijk is de wet aangevuld met een aantal specifieke maatregelen ter bestrijding van ernstige infectieziekten van hoge letaliteit en besmettelijkheid. De vraag is echter of de Infectieziektenwet wel het meest geschikte instrumentarium biedt om het hoofd te bieden aan een noodtoestand, die ongetwijfeld het gevolg zal zijn van een uitbraak van een ziekte zoals SARS en zeker van een bioterroristische aanval met pokken of een ander biologisch agens.

Literatuur

Aginam 2002.

O. Aginam, 'International law and communicable diseases', *Bulletin of the World Health Organization* 2002, p. 946-951.

Arends en Frederiks 2003.

L.A.P. Arends en B.J.M. Frederiks, 'Hersenschimmen? Een beschouwing over de noodzaak van nieuwe wetgeving naar aanleiding van de tweede Bopz-evaluatie interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2003, p. 80-92.

Bestuurscommissie Aids en Strafrecht 2004.

Bestuurscommissie Aids en Strafrecht, 'Penitentie of preventie?', *Over de gevolgen van de toepassing van het strafrecht voor de volksgezondheid en de positie van mensen met hiv*, Amsterdam, 16 maart 2004.

Van de Bovenkamp-Meijer en Rümke 2005.

K.J.T. van de Bovenkamp-Meijer en H.C. Rümke, 'Twijfels over kindervaccinaties, Betere voorlichting zal het draagvlak versterken', *Medisch Contact* 2005, p. 18-21.

Centraal Bureau voor de Statistiek 2003.

Centraal Bureau voor de Statistiek, *Vademecum gezondheidstatistiek Nederland 2003*, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2003.

Coker 2000.

R. Coker, 'Tuberculosis, non-compliance and detention for the public health', *Journal of Medical Ethics* 2000, p. 157-159.

Delon 1975.

P.J. Delon, *The International Health Regulations, A Practical Guide*, World Health Organization, Geneva, 1975.

Doek 1978.

J.E. Doek, 'Polio: Ook een zaak van justitie', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1978, p. 637-652.

Dute 1994.

J.C.J. Dute, 'De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten', *Ars Aequi Libri*, Nijmegen, 1994.

Dute 1997.

J.C.J. Dute, 'Het ontwerp Infectieziektenwet', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1997, p. 394-408.

Dute 2001.

J.C.J. Dute, 'Juridische aspecten van hepatitis B in zorginstellingen', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001, p. 286-297.

Dute 2004.

J. Dute, 'Communicable Diseases and Human Rights', *European Journal of Health Law* 2004, p. 45-53.

Fidler 2003.

D.P. Fidler, 'Emerging trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control', *Emerging Infectious Diseases* 2003, p. 285-290.

Frederiks 2004.

B.J.M. Frederiks, *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap, Van beperking naar ontplooiing* (diss.), Reeks gezondheidsrecht 23, Den Haag: Sdu Uitgevers 2004.

Gevers 1999.

J.K.M. Gevers, 'Een wettelijke inentingsverplichting voor hulpverleners?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1999, p. 485.

Gezondheidsraad 1996.

Gezondheidsraad, Commissie Ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding, *Dwang en drang in de tuberculosebestrijding*, nr. 1996/07, Den Haag, 1996.

Gezondheidsraad 2002.

Gezondheidsraad, *Bijwerkingen vaccinaties Rijksvaccinatieprogramma 1997-2001*, nr. 2002/16, Den Haag, 28 november 2002.

Gezondheidsraad 2004.

Gezondheidsraad, *Vaccinatie tegen kinkhoest*, nr. 2004/04, Den Haag, 7 april 2004.

Gostin 2000a.

L.O. Gostin, 'Public Health Law in a New Century, part I: Law as a Tool to Advance the Community's Health', *JAMA* 2000, p. 2837-2841.

Gostin 2000b.

L.O. Gostin, 'Public Health Law in a New Century, part II: Public Health Powers and Limits', *JAMA* 2000, p. 2979-2984.

Gostin 2000c.

L.O. Gostin, 'Public Health Law in a New Century, part III: Public Health Regulation: A Systematic Evaluation', *JAMA* 2000, p. 3118-3122.

Gostin 2004a.

L.O. Gostin, 'International Infectious Disease Law, Revision of the World Health Organization's International Health Regulations', *JAMA* 2004, p. 2623-2627.

Gostin 2004b.

L.O. Gostin, 'The International Health Regulations and beyond', *The Lancet Infectious Diseases* 2004, p. 606-607.

Gostin et al. 2002.

L.O. Gostin et al., 'The Model State Emergency Health Powers Act, Planning and Response to Bioterrorism and Naturally Occurring Infectious Diseases', *JAMA* 2002, p. 622-628.

Harris en Martin 2004.

A. Harris en R. Martin, 'The exercise of public health powers in an era of human rights: the particular problems of tuberculosis', *Public Health* 2004, p. 313-322.

Institute of Medicine 2000.

Institute of Medicine, *Ending Neglect: The Elimination of Tuberculosis in the United States*, Washington DC: National Academy Press 2000.

Institute of Medicine 2003.

Institute of Medicine, Committee on Smallpox Vaccination Program Implementation Board on Health Promotion and Disease Prevention, *Review of the Centers for Disease Control and Prevention's Smallpox Vaccination Program Implementation*, Letter Report no. 1, Washington: National Academy of Sciences, 2003.

Kindhauser 2003.

M.K. Kindhauser (ed.), *Global defence against the infectious disease threat*, World Health Organization, Geneva, 2003.

Leenen/Gevers 2002.

H.J.J. Leenen en J.K.M. Gevers, *Handboek gezondheidsrecht deel 2, Gezondheidszorg en recht*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 2002.

McNeall 1976.

W.H. McNeall, *Plagues and Peoples*, New York: Anchor Books 1976.

Roscam Abbing 1991.

H.D.C. Roscam Abbing, '(Collectieve) preventie, regelgeving en de rechtspositie van het individu', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1991, p. 338-349.

Roscam Abbing 1998.

H.D.C. Roscam Abbing, 'Volksgezondheid in het Verdrag van Amsterdam', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998, p. 75-80.

US Commission 1999.

US Commission on National Security in the 21st Century, *New world coming: American security in the 21st century, supporting research and analysis*, 1999.

Van Wijk/Konijnenbelt & Van Male 2002.

Van Wijk/Konijnenbelt & Van Male, *Hoofdstukken van bestuursrecht*, Den Haag: Elsevier juridisch 2002.

Veldkamp en Bogers 1993.

A.W.M. Veldkamp en T.P.A.M. Bogers, 'Recht op vaccinatie, een uitgemaakte zaak', *Nederlands Juristenblad* 1993, p. 1170-1173.

Verweij en Dawson 2004.

M. Verweij en A. Dawson, 'Ethical principles for collective immunisation programmes', *Vaccine* 2004, p. 3122-3126.

Visser en Rümke 2004a.

H.C. Rümke en H.K.A. Visser, 'Vaccinatie op de kinderleeftijd anno 2004, I: Effectiviteit en acceptatie van het Rijksvaccinatieprogramma', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004, p. 356-363.

Visser en Rümke 2004b.

H.C. Rümke en H.K.A. Visser, 'Vaccinatie op de kinderleeftijd anno 2004, II: Echte en vermeende bijwerkingen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004, p. 364-370.

PREADVIEZEN VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT (1968-2004)

(1968 t/m 2003 indien voorradig tegen kostprijs en verzendkosten beschikbaar via VGR-secretariaat, tel. 030 - 28 23 322, e-mail: vgr@fed.knmg.nl, vanaf 2004 te bestellen via SDU Klantenservice te Den Haag, tel. 070 - 378 98 80, e-mail: sdu@sdu.nl)

- 1968 H.J.J. Leenen: Gezondheidsrecht – een poging tot plaatsbepaling.*
Verder het rapport van de Commissie herziening interne rechtspraak van de KNMG *
- 1969 C.J. Goudsmit: Voordracht over problemen rond de wetgeving van geestelijk gestoorden. Daaraan werd nog een tweede vergadering gewijd.*
- 1970 J.M.M. Maeijer: De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team.*
- 1971 W.B. van der Mijn: Wetgeving medische beroepsuitoefening.*
- 1972 J.Ch. Cornelis en A.S. Frowijn: De ontwikkeling van de wetgeving op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg.*
- 1973 B. Sluyters: Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland.*
Tijdens deze vergadering werd ook het rapport van de werkgroep juridische aspecten van de relatie ziekenfondsmedewerkers – verzekerde o.l.v. T.J.S. Postma besproken.*
- 1974 M. Rood-de Boer: De positie van de minderjarige in de gezondheidszorg.*
- 1975 J. ter Heide: Dwang en drang in de medische behandeling.*
- 1976 H.J.J. Leenen: Milieuhygiënerecht.*
- 1977 H.P. Utermark: Medisch Tuchtrecht.*
- 1978 A.E. Leuftink en N. de Jong: De rechtspositie van de keurling.*
- 1979 Advies inzake registratie van medische en psychologische gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van de Gezondheidsraad, becommentarieerd door F. Kuitenbrouwer, L. Kortbeek en E. Dil-Stork.*

* niet meer voorradig

- 1980 Het selectievraagstuk in de gezondheidszorg; het selecteren van patiënten bij schaarste van behandelingsmogelijkheden voorbereid door vier personen, te weten S.A. de Lange, H.E. Nicolai, P.C. Sporken en H.F. Visser-'t Hooft.*
Werkgroep richtlijnen keuringen: Wat mag en wat moet bij een aanstellingskeuring.*
- 1981 M.N.G. Dukes: De toelating van geneesmiddelen in Nederland.
- 1982 P.J.W. de Brauw: Beschouwingen over samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten.
Co-referaat van een medische werkgroep bij het preadvies;
Beschouwingen over samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten.
- 1983 H.A. Brasz en D.W.P. Ruiter: Het plansysteem van de Wet voorzieningen gezondheidszorg.
- 1984 H.D.C. Roscam Abbing: Overheid en het recht op gezondheidszorg.
- 1985 C. Kelk: Klagen of kwijnen. De rechten van verpleeghuispatiënten en de behandeling van hun klachten.*
- 1986 J.C.M. Leyten: Welzijn, vrijheid en dwang.
- 1987 J.K.M. Gevers: Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en -advies.
- 1988 J.P. Kasdorp: Grenzen aan het recht op gezondheidszorg.
- 1989 B. Sluyters en H.R.G. Feber: De gezondheidszorg en het strafrecht.
- 1990 F.C. B. van Wijmen: Driehoeksverhoudingen. Gezondheidsrechtelijke beschouwingen over vertegenwoordiging van meerderjarige onbekwamen.
- 1991 J.H. Hubben: Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg.
- 1992 Jubileumcongres 25 jaar Vereniging voor Gezondheidsrecht:
J.H. Hubben en H.D.C. Roscam Abbing (red.), Gezondheidsrecht in perspectief. De Tijdstroom Utrecht 1993.*

* niet meer voorradig

- 1993 H.D.C. Roscam Abbing: Patiënt en gezondheidszorg in het recht van de Europese Gemeenschap.
- 1994 J. Legemaate: Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening.
- 1995 E.T.M. Olsthoorn-Heim en L. Bergkamp: Medisch wetenschappelijk onderzoek: Lichaamsmateriaal voor de wetenschap en het wetsvoorstel medische experimenten.*
- 1996 E.W. Roscam Abbing en J.K.M. Gevers: Voorspellend Medisch Onderzoek: Mogelijkheden, verwachtingen en toegang; Rechtsbescherming.
- 1997 H.J.J. Leenen: Recht op zorg voor de gezondheid.*
- 1998 C. Kelk: Gezondheidszorg voor gedetineerden.*
- 1999 P.J. Hustinx: Informatietechnologie in de gezondheidszorg.*
- 2000 F.C.B. van Wijmen: Richtlijnen voor verantwoorde zorg.
Over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg.
- WGBO en bedrijfsarts: Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Werkgroep WGBO en bedrijfsarts. VGR-najaarsvergadering 2000.
- 2001 Th.A.M. te Braake en L.E. Kalkman-Bogerd: Procreatietechnologie en recht. Toelaatbaarheid en regulering van IVF-onderzoek; Van kinderwens tot ouderschap.
- 2002 H.D.C. Roscam Abbing, J. Legemaate en G.R.J. de Groot: Zorg, schaarste en recht.
– Solidariteit en individuele vrijheid; vrijheid in gebondenheid
– De (dubbel)rol van de arts
– Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor tekorten in de zorg.
- Jubileumbundel: Omzien naar de toekomst, 35 jaar preadviezen Vereniging voor Gezondheidsrecht. Redactie: J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers en G.R.J. de Groot.

* niet meer voorradig

- 2003 T.P. Widdershoven en K. Blankman: Psychiatrie en Recht.
– De Wet Bopz en de psychiatrie Kanttekeningen bij een regeling
– Rechtsbescherming bij vrijheidsbeneming in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric.
- 2004 E.-B. van Veen, E.J.C. de Jong en W.R. Kastelein: Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering.
– Het beroepsgeheim in de individuele gezondheidszorg
– Het beroepsgeheim en derdenbelangen
– Het beroepsgeheim in rechte. Zwijgen: recht of plicht?

* niet meer voorradig