

Vergaderjaar 2023–2024

**36 483**

## **Wijziging van de Wet publieke gezondheid om te voorzien in een directe sturingsbevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de directeur publieke gezondheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst en in een grondslag voor het stellen van regels over de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding door de gemeentelijke gezondheidsdienst (Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid)**

**Nr. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 22 mei 2024

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het wetsvoorstel Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid. Ik dank de leden voor hun inbreng en ga graag in op de in het verslag gestelde vragen.

In deze nota naar aanleiding van het verslag zijn de vragen en opmerkingen uit het verslag integraal opgenomen in cursieve tekst en de beantwoording daarvan in gewone typografie.

#### **1. Aanleiding**

*De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de Wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) om te voorzien in een directe sturingsbevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de directeur publieke gezondheid (dPG) van de gemeentelijke gezondheidsdienst en in een grondslag voor het stellen van regels over de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding door de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) (Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid). De leden zijn niet overtuigd dat deze wijzigingen de aanpak van een volgende pandemie daadwerkelijk verbeteren. De leden hebben daarom nog de volgende vragen en opmerkingen.*

*De leden van de PVV-fractie willen er om te beginnen op wijzen dat zij deze wetswijziging voorbarig vinden, net als de wijziging Eerste tranche WPG. Dit vanwege het feit dat de evaluatie van de coronaperiode nog niet is afgesloten en de Kamer nog niet over alle aspecten heeft gedebatteerd. Het staat dan ook nog niet vast wat de meest effectieve bestrijding van een nieuwe pandemie inhoudt. Wat genoemde leden betreft was deze wetswijziging dan ook controversieel.*

*De leden van de PVV-fractie willen weten welke aanbevelingen uit het eerste deelrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) over de aanpak van de coronacrisis om te voorzien in betere sturingsmogelijkheden van de Minister van VWS op zorgpartijen, als de GGD'en, niet worden overgenomen en waarom niet.*

De OVV adviseert in het eerste deelrapport<sup>1</sup> de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen (aanbeveling 8). De OVV wijst hierbij ook op het gebrek aan bevoegdheden van de Minister van VWS om in geval van een pandemie te kunnen sturen op de GGD'en. Op dat punt wordt met de in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD invulling gegeven aan de betreffende aanbeveling. In het verlengde hiervan is ten aanzien van deze aanbeveling in de kabinetsreactie op het tweede deelrapport van de OVV aangegeven dat wordt gewerkt aan aanpassingen in de crisisstructuur binnen de zorgketen om landelijke regie wettelijk te borgen en de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.<sup>2</sup> De Minister van VWS werkt daarmee aan een sterkere inbedding van (centrale) regie en sturing in de zorgketen. De Minister van VWS verkent op dit moment de juridische (on)mogelijkheden hiertoe.

De OVV adviseert in het tweede deelrapport<sup>3</sup> de taken en verantwoordelijkheden van de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI), in relatie tot de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS en de overige uitvoerende en adviserende partijen, zoals de GGD'en en de Veiligheidsregio's, in de crisisaanpak helder te maken (aanbeveling 5). Aan deze aanbeveling is gevolg gegeven met de instelling van de LFI en de voorgestelde sturingsmogelijkheid in het onderhavige wetsvoorstel. Het Ministerie van VWS onderzoekt wat eventueel nog meer nodig is om de coördinatie tussen en samenwerking met de GGD'en en het Rijk te versterken. Voor zover de OVV in het kader van voornoemde aanbeveling heeft geadviseerd om bij de inrichting van de LFI de lessen uit de uitvoering van het vaccinatieprogramma tijdens de covid 19-epidemie te borgen, geldt dat het Ministerie van VWS met de veldpartijen samenwerkt om te komen tot een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt om alle digitale werkprocessen (bijvoorbeeld rondom de landelijke registratie van vaccinaties) zeer snel op te schalen tot grote omvang in geval van een epidemie van een A-infectieziekte.<sup>4</sup>

Uit het voorgaande volgt dat de aanbevelingen worden overgenomen, maar in verschillende trajecten.

*De leden van de PVV-fractie willen tevens weten hoe is vastgelegd wanneer een koude fase overgaat in een warme fase.*

In het stelsel van crisisbeheersing wordt onderscheid gemaakt tussen de voorbereidingsfase (koude fase) en de crisisfase (warme fase). De termen «koude fase» en «warme fase» komen als zodanig niet terug in de Wpg. In termen van de Wpg is sprake van de «koude fase» als er geen (dreigende)

<sup>1</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1808).

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

<sup>3</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 2: september 2020 tot juli 2021*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999).

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

epidemie is en uitsluitend sprake is van voorbereiding op de bestrijding daarvan. Er is sprake van de warme fase als er wel een (dreigende) epidemie is die bestreden moet worden. Een directe dreiging van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A1 of A2 (hierna tezamen aangeduid als «A-infectieziekte») kan zich al voordoen bij de aanwezigheid van enkele geïnfecteerde personen in Nederland (afhankelijk van het type infectieziekte), maar ook indien op grond van de situatie in het buitenland ervoor moet worden gevreesd dat de betreffende A-infectieziekte ons land in korte tijd kan bereiken.

Bij de vraag of een bepaalde infectieziekte kwalificeert als een A-infectieziekte en, in het verlengde daarvan, of sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte laat de Minister van VWS zich adviseren door deskundigen. Het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft daarbij een centrale rol, gelet op diens taak om infectieziekten te monitoren en de epidemiologische situatie te duiden. Het RIVM kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek van de Minister van VWS – een Outbreak Management Team (OMT) bij elkaar roepen voor een advies, maar kan ook op eigen gezag adviseren. Het RIVM staat als «national focal point» in het kader van de International Health Regulations in verbinding met internationale systemen waarin infectieziektesignalen tussen landen worden gewisseld. Het RIVM of het OMT adviseert op basis van de (bekende) gegevens over de infectieziekte en de situatie in Nederland en het buitenland of er sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Het is uiteindelijk de Minister van VWS die besluit of de warme fase is aangevangen door de leiding bij de bestrijding van de epidemie naar zich toe te trekken. Voornoemde adviezen zijn daarbij voor de Minister van VWS zwaarwegend. Over een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte zal uw Kamer uiteraard worden geïnformeerd.

*De PVV-fractieleden vragen voorts waarom er voor de koude fase reeds regels worden gesteld ter zake van de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders de GGD de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding moet uitvoeren? Dus nog voordat er sprake is van een crisis? Hoe lang gaat dit proces duren?*

Eén van de lessen uit de aanpak van de covid-19-epidemie is geweest dat een essentiële voorwaarde voor een effectieve bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte een uniforme voorbereiding en opschaling van de GGD'en is. Tijdens de covid-19-epidemie was daar onvoldoende sprake van.

Zo volgt onder meer uit het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut<sup>5</sup> dat het Nederlandse model van regionaal georganiseerde infectieziektebestrijding voldoet voor de bestrijding van lokale en regionale infectieziekten, en de introductie van een geïsoleerde casus van een A-infectieziekte, maar dat de ervaringen met covid-19 duidelijk hebben gemaakt dat de fijnmazige infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige en langdurige epidemie. Met betrekking tot de GGD'en – waar de uitvoering van de medisch-operationele processen is belegd – concludeert het Verwey-Jonker Instituut dat er door het regionale karakter van de GGD'en en de individuele verantwoordelijkheid van de afzonderlijke GGD'en tijdens de bestrijding weinig eenduidigheid was in de werkwijzen en processen van de GGD'en, en dat de infrastructuur beperkt aanknopingspunten bood voor eenduidige samenwerking en uitvoering. Ook het hiervoor genoemde eerste deelrapport van de OVV wijst op het feit dat de

<sup>5</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 25 295, nr. 1297.

GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze hadden. Dit terwijl er wel behoefte en noodzaak bestond om centraal te kunnen sturen op een uniforme aanpak en een mate van robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden.

Om de voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte noodzakelijke mate van uniformiteit en robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden van de GGD'en te kunnen bereiken, is van belang reeds in de voorbereiding op een dergelijke crisis – oftewel de koude fase – tot verbeteringen te komen. Door in de koude fase te borgen dat de GGD'en de algemene infectieziektebestrijding meer uniform en zo nodig in samenwerking met elkaar uitvoeren, zijn de GGD'en ook in de warme fase beter toegerust op hun taken. Sturing op de GGD'en in de koude fase wordt dan ook ingegeven vanuit het landelijke belang van GGD'en die pandemisch paraat zijn.

Voor de wijze van sturing in de koude fase is aangesloten bij het uitgangspunt dat sturing op decentraal belegde taken gebeurt door wet- en regelgeving. Hiertoe is in het onderhavige wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders (kort gezegd) de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren door de GGD, zo nodig in samenwerking met andere colleges van burgemeester en wethouders en hun GGD'en. Op dit moment wordt gewerkt aan de uitwerking van deze kaders. Ik streef ernaar om de algemene maatregel van bestuur tegelijkertijd in werking te laten treden met het onderhavige wetsvoorstel.

Hoewel niet kan worden voorspeld welke voorzieningen bij de bestrijding van een volgende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte noodzakelijk zijn, is de verwachting dat door de kaderstelling in de koude fase uiteindelijk – ten opzichte van de situatie dat er géén kaders zouden worden gesteld – minder gebruik hoeft te worden gemaakt van de sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS in de warme fase. Immers, de kaders leiden ertoe dat GGD'en beter opschaalbaar zijn en beter toegerust op hun werkzaamheden tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte, waardoor (bij)sturing in minder gevallen nodig zal zijn.

*De leden van de GL-PvdA-fractie vinden het heel belangrijk dat er lessen worden getrokken uit de coronapandemie. Ze steunen dan ook de inzet van de voorliggende wijziging van de Wpg. Ze hebben nog wel enkele vragen over de uitwerking. Verder zijn de leden benieuwd naar de bredere voorbereiding op een volgende pandemie. Zeer recent waarschuwden artsen dat de capaciteit van IC-bedden te ver is afgeschaald in tijden van een pandemie. Klopt het dat de basis IC-capaciteit is afgenomen? En vindt de regering deze waarschuwing van artsen terecht?*

In november 2023 heeft de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) een uitvraag gedaan bij alle IC-afdelingen, waaruit blijkt dat de operationele IC-capaciteit circa 985 bedden is. Dit geeft een stabiel beeld van de operationele IC-capaciteit, die natuurlijk fluctueert mede op basis van de zorgvraag. Een van de lessen van de covid-19-epidemie is dat extra inzet op flexibel opschaalbare zorg, waaronder IC-zorg, nodig is.<sup>6</sup> Daarom heeft het kabinet daar afgelopen jaren extra op ingezet (onder meer met een subsidieregeling en afspraken in het IZA<sup>7</sup>). Dat neemt niet weg dat er tegelijkertijd grote uitdagingen zijn, zoals de tekorten aan zorgpersoneel, wat het fors vergroten van IC-capaciteit in de weg staat. Bovendien is het

<sup>6</sup> Zie het eerste deelrapport van de OVV (Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1808).

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1905.

niet vanzelfsprekend dat ook bij een volgende pandemie het zwaartepunt op IC-zorg ligt. Daarom loopt onder leiding van het Zorginstituut Nederland (ZIN) een traject om samen met het zorgveld een zorgvuldige afweging te maken, welke beschikbaarheid aan IC-bedden de meeste maatschappelijke meerwaarde heeft, ook om paraat te staan voor een (pandemische) crisissituatie. Om ervoor te zorgen dat het zorgveld ook in de tussentijd in staat is om te kunnen opschalen, onderzoek ik momenteel de mogelijkheden van een tijdelijke subsidieregeling of het inkopen van IC-beschikbaarheid, tot het traject onder leiding van ZIN tot uitkomsten heeft geleid. Hierover heb ik uw Kamer op 9 oktober 2023 geïnformeerd.<sup>8</sup>

*De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Genoemde leden hebben meermaals het belang van het goed en tijdig voorbereid zijn op (potentiële) epidemieën en pandemieën aangekaart. Zij vinden het dan ook positief dat de tweede tranche wijziging van de Wpg naar de Kamer is gestuurd maar dit had wat hen betreft eerder moeten. De leden steunen het wetsvoorstel maar hebben hierbij nog enkele vragen.*

*De leden van de VVD-fractie sluiten aan bij het wenselijk en noodzakelijk achten dat de structuur rondom de directe sturingsbevoegdheid op korte termijn versterkt wordt. De leden zijn blij dat hiermee opvolging wordt gegeven aan een aanbeveling uit het eerste deelrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). De Kamer heeft eerder een stand van zakenbrief ontvangen over de opvolging van deze aanbevelingen. Kan de Kamer een dergelijke brief verwachten over de aanbevelingen uit het tweede deelrapport? Daarnaast zijn de leden benieuwd wanneer zij de kabinetsreactie op het derde deelrapport kunnen verwachten.*

De kabinetsreactie op het derde deelrapport van de OVV is op 5 april 2024 aan beide Kamers gezonden. In die kabinetsreactie is een integrale reactie gegeven op de opvolging van de aanbevelingen uit de drie deelrapporten.<sup>9</sup>

*Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie wat het effect van deze wijziging is op de maatregelen die genomen (kunnen) worden in tijden van een epidemie of pandemie.*

Met dit wetsvoorstel wordt een bevoegdheid gecreëerd voor de Minister van VWS om de dPG op te dragen medisch-operationele voorzieningen te treffen ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte (warme fase). Voor zover de betreffende leden met «maatregelen» doelen op de collectieve maatregelen die krachtens hoofdstuk V, paragraaf 8, Wpg (artikel 58a e.v.) ingeval van een (dreigende) epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A1 kunnen worden genomen, geldt dat het wetsvoorstel geen betrekking heeft op (de besluitvorming tot het nemen van) die maatregelen.

*De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van onderhavig wetsvoorstel. Alhoewel zij de inspanningen om een (dreigende) pandemie beter het hoofd te kunnen bieden ondersteunen, hebben de leden van de fractie van Nieuw Sociaal Contract nog een aantal vragen.*

*De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorgenomen wijziging van de Wet publieke gezondheid en hebben daarbij nog enkele vragen.*

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 840.

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2173.

*Een van de aanbevelingen uit het OVV rapport, deel 1, is om de rolvastheid te bewaken en de eigenstandige positie van bestuurders en deskundigen te borgen. De leden van de D66-fractie vragen de regering op welke manier deze aanbeveling wordt opgevolgd in het wijzigingsvoorstel.*

De voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD komt pas in beeld nadat mede op medisch-inhoudelijke gronden en deskundigenadvies is besloten dat en welke medisch-operationele voorzieningen nodig zijn. Dit wetsvoorstel beoogt dus geen wijziging te brengen ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een epidemie medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Het onderhavige wetsvoorstel raakt aldus niet aan die rolverdeling.

*De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel om te voorzien in een directe sturingsbevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de directeur publieke gezondheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst en in een grondslag voor het stellen van regels over de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding door de gemeentelijke gezondheidsdienst. Zij hebben nog een aantal vragen over de memorie van toelichting.*

*De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. Zij vragen of de regering een update kan geven van de voorgenomen Derde tranche van de wijzigingen van de Wpg en mogelijke vervolgtranches, zoals aangekondigd in de planningsbrief van 30 maart 2023.<sup>10</sup>*

De Derde tranche wijziging Wpg bevindt zich op dit moment in de voorbereidingsfase, waarin nader overleg plaatsvindt met het RIVM en GGD GHOR Nederland. Ik beoog het wetsvoorstel na de zomer gereed te hebben voor consultatie. Op dit moment is er nog geen aanleiding om vervolgtranches voor te bereiden. In de jaarlijkse voortgangsbrief pandemische paraatheid zal ik uw Kamer informeren over de voortgang van de lopende- en eventuele nieuwe tranches.

*De CDA-fractieleiden vragen daarbij specifiek in te gaan op het onderzoek naar welke aanvullende bevoegdheidsgrondslagen mogelijk noodzakelijk en proportioneel kunnen zijn in de bestrijding van een mogelijke (dreigende) epidemie van infectieziekten behorend tot groep A1.*

De eerste fase, waarin het RIVM gevraagd is welke maatregelen vanuit epidemiologisch perspectief wenselijk kunnen zijn voor de bestrijding van een mogelijke (dreigende) epidemie van infectieziekten behorend tot groep A1, is afgerond. Het advies van het RIVM is bij brief van 13 oktober 2023 aan uw Kamer toegezonden.<sup>11</sup> Dit betekent dat de tweede fase van het onderzoek is gestart. De inventarisatie van het RIVM is voorgelegd aan experts vanuit verschillende disciplines, om op die manier ook de sociaalmaatschappelijke en economische, medisch-ethische, juridische en uitvoeringsaspecten mee te nemen. De verwachting is dat deze adviezen voor het zomerreces met uw Kamer gedeeld kunnen worden.

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.*

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2022/23, 36 194, nr. 41.

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2023/24, 36 194, nr. 42.

*De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Deze leden onderschrijven het doel van de regering om sturingsmogelijkheden voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verbeteren als er een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A moet worden bestreden. Deze leden hebben nog enkele vragen bij het wetsvoorstel.*

*Zij lezen dat met deze voorgestelde wetswijziging (deels) invulling wordt gegeven aan de aanbeveling uit het eerste deelrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) over betere sturingsmogelijkheden van de Minister van VWS. Kan de regering in precisie aangeven op welke onderdelen op dit onderwerp de aanbevelingen van de OVV wel en op welke onderdelen niet zijn opgevolgd? Wat is de afweging geweest om van een (onderdeel van een) aanbeveling af te wijken?*

De OVV adviseert in het eerste deelrapport<sup>12</sup> de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen (aanbeveling 8). De OVV wijst hierbij ook op het gebrek aan bevoegdheden van de Minister van VWS om in geval van een pandemie direct te kunnen sturen op de GGD'en. Op dat punt wordt met de in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD invulling gegeven aan de betreffende aanbeveling. In het verlengde hiervan is ten aanzien van deze aanbeveling in de kabinetsreactie op het tweede deelrapport van de OVV aangegeven dat wordt gewerkt aan aanpassingen in de crisisstructuur binnen de zorgketen om landelijke regie wettelijk te borgen en de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.<sup>13</sup> De Minister van VWS werkt daarmee aan een sterkere inbedding van (centrale) regie en sturing in de zorgketen. De Minister van VWS verkent op dit moment de juridische (on)mogelijkheden hiertoe.

De OVV adviseert in het tweede deelrapport<sup>14</sup> de taken en verantwoordelijkheden van de LFI, in relatie tot de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS en die van de overige uitvoerende en adviserende partijen, zoals de GGD'en en de Veiligheidsregio's, in de crisisaanpak helder te maken (aanbeveling 5). Aan deze aanbeveling is gevolg gegeven met de instelling van de LFI en de voorgestelde sturingsmogelijkheden in het onderhavige wetsvoorstel. Het Ministerie van VWS onderzoekt wat eventueel nog meer nodig is om de coördinatie tussen en samenwerking met de GGD'en en het Rijk te versterken. Voor zover de OVV in het kader van voornoemde aanbeveling heeft geadviseerd om bij de inrichting van de LFI de lessen uit de uitvoering van het vaccinatieprogramma tijdens de covid 19-epidemie te borgen, geldt dat het Ministerie van VWS met de veldpartijen samenwerkt om te komen tot een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt om alle digitale werkprocessen (bijvoorbeeld rondom de landelijke registratie van vaccinaties) zeer snel op te schalen tot grote omvang in geval van een epidemie van een A-infectieziekte.<sup>15</sup>

Uit het voorgaande volgt dat de aanbevelingen worden overgenomen, maar in verschillende trajecten.

<sup>12</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1808).

<sup>13</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

<sup>14</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 2: september 2020 tot juli 2021*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999).

<sup>15</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

## **2. Hoofdpijnen van het voorstel**

### **2.1. Probleemstelling**

#### **2.1.1 Juridisch kader**

*Geen opmerkingen of vragen van de fracties.*

#### **2.1.2 Ervaringen tijdens de covid-19-pandemie**

*De leden van de GL-PvdA-fractie zijn benieuwd of de regering kan aangeven in hoeverre de adviezen van het Verwey-Jonker Instituut, het OVV en het Advies LFI worden opgevolgd. Wijkt dit wetsvoorstel op punten expliciet af van de genoemde adviezen? Zo ja, op welke punten?*

De OVV adviseert in het eerste deelrapport<sup>16</sup> (aanbeveling 8) de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen. De OVV wijst hierbij ook op het gebrek aan bevoegdheden van de Minister van VWS om in geval van een pandemie rechtstreeks te kunnen sturen op de GGD'en. Op dat punt wordt met de in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD invulling gegeven aan de betreffende aanbeveling. In het verlengde hiervan is ten aanzien van deze aanbeveling in de kabinetsreactie op het tweede deelrapport van de OVV aangegeven dat wordt gewerkt aan aanpassingen in de crisisstructuur binnen de zorgketen om landelijke regie wettelijk te borgen en de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.<sup>17</sup> De Minister van VWS werkt daarmee aan een sterkere inbedding van (centrale) regie en sturing in de zorgketen. De Minister van VWS verkent op dit moment de juridische (on)mogelijkheden hiertoe.

De OVV adviseert in het tweede deelrapport<sup>18</sup> de taken en verantwoordelijkheden van de LFI, in relatie tot de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS en de overige uitvoerende en adviserende partijen, zoals de GGD'en en de Veiligheidsregio's, in de crisisaanpak helder te maken (aanbeveling 5). Aan deze aanbeveling is gevolg gegeven met de instelling van de LFI en de voorgestelde sturingsmogelijkheden in het onderhavige wetsvoorstel. Het Ministerie van VWS onderzoekt wat eventueel nog meer nodig is om de coördinatie tussen en samenwerking met de GGD'en en het Rijk te versterken. Voor zover de OVV in het kader van voornoemde aanbeveling heeft geadviseerd om bij de inrichting van de LFI de lessen uit de uitvoering van het vaccinatieprogramma tijdens de covid 19-epidemie te borgen, geldt dat het Ministerie van VWS met de veldpartijen samenwerkt om te komen tot een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap dat de infectieziektebestrijdingsketen in staat stelt om alle digitale werkprocessen (bijvoorbeeld rondom de landelijke registratie van vaccinaties) zeer snel op te schalen tot grote omvang ingeval van een epidemie van een A-infectieziekte.<sup>19</sup> Uit het voorgaande volgt dat de aanbevelingen van de OVV worden overgenomen, maar in verschillende trajecten.

<sup>16</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1808).

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

<sup>18</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 2: september 2020 tot juli 2021*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999).

<sup>19</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.



Verder volgt uit het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut<sup>20</sup> dat het Nederlandse model van regionaal georganiseerde infectieziektebestrijding voldoet voor de bestrijding van lokale en regionale infectieziekten, en de introductie van een geïsoleerde casus van een A-infectieziekte, maar dat de ervaringen met covid-19 duidelijk hebben gemaakt dat de fijnmazige infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige en langdurige epidemie. Met betrekking tot de GGD'en – waar de uitvoering van de medisch-operationele processen is belegd – concludeert het Verwey-Jonker Instituut dat er door het regionale karakter van de GGD'en en de individuele verantwoordelijkheid van de afzonderlijke GGD'en tijdens de bestrijding weinig eenduidigheid was in de werkwijzen en processen van de GGD'en, en dat de infrastructuur beperkt aanknopingspunten bood voor eenduidige samenwerking en uitvoering. Ook het hiervoor genoemde eerste deelrapport van de OVV wijst op het feit dat de GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze hadden. Dit terwijl er wel behoefte en noodzaak bestond om centraal te kunnen sturen op een uniforme aanpak en een mate van robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden.

In lijn met deze adviezen heeft het onderhavige wetsvoorstel mede tot doel om de voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte noodzakelijke mate van uniformiteit en robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden van de GGD'en te kunnen bereiken. Hiertoe is het van belang reeds in de voorbereiding op een dergelijke crisis – oftewel de koude fase – tot verbeteringen te komen. Door in de koude fase te borgen dat de GGD'en de algemene infectieziektebestrijding meer uniform en zo nodig in samenwerking met elkaar uitvoeren, zijn de GGD'en ook in de warme fase beter toegerust op hun taken. Sturing op de GGD'en in de koude fase wordt dan ook ingegeven vanuit het landelijke belang van GGD'en die pandemisch paraat zijn. Voor de wijze van sturing in de koude fase is aangesloten bij het uitgangspunt dat sturing op decentraal belegde taken gebeurt door wet- en regelgeving. Hiertoe is in het onderhavige wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders (kort gezegd) de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren door de GGD, zo nodig in samenwerking met andere colleges van burgemeester en wethouders en hun GGD'en.

In het advies LFI<sup>21</sup> wordt geadviseerd in de koude fase versterkte sturing door de Minister van VWS op de infectieziektebestrijdingsketen te organiseren voor een betere voorbereiding op een toekomstige A-infectieziekte met landelijke impact, door in de Wpg meer gebruik te maken van kaderstelling zodat werkwijzen meer uniform worden uitgevoerd (aanbeveling 11 en 12). Zoals in de alinea hiervoor aangegeven wordt daar met het onderhavige wetsvoorstel in voorzien. De kaders leiden ertoe dat GGD'en beter opschaalbaar zijn en beter toegerust op hun werkzaamheden tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte.

Daarnaast wordt in het advies LFI geadviseerd om te voorzien in een wettelijke grondslag waarmee de Minister van VWS rechtstreeks kan sturen op de GGD'en met betrekking tot de uitvoering van (grootschalige) medisch-operationele processen in geval van een A-infectieziekte met landelijke impact, waar snelheid en uniformiteit zijn vereist in het belang van de volksgezondheid (aanbeveling 13 t/m 16). Daarbij dient volgens het

<sup>20</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 25 295, nr. 1297.

<sup>21</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1875.

advies rekening gehouden te worden met het geven van ruimte aan GGD'en om binnen landelijke kaders regionaal maatwerk te leveren op de bestrijding waar dat nodig blijkt. Zoals hiervoor uiteengezet is, geeft dit wetsvoorstel invulling aan deze aanbevelingen met de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD.

*De leden van de VVD-fractie hebben eerder aan de Minister gevraagd naar de invulling van de crisisstructuur en de verhouding tussen het OMT, MIT, de LFI, kabinet en Veiligheidsregio's. Kan de regering uiteenzetten hoe deze verschillende structuren bij elkaar komen?*

De vraag van de leden van de VVD-fractie is aanleiding voor een korte beschouwing over de juridische vormgeving van de crisisstructuur die van belang is voor de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de koude fase (voorbereidingsfase) en de warme fase (crisisfase).

Het bestuur van de veiligheidsregio draagt zorg voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte.<sup>22</sup> Daarbij dient het de maatregelen voor deze voorbereiding uit te voeren die door de Minister van VWS kunnen worden opgedragen.<sup>23</sup> In het regionale crisisplan<sup>24</sup> beschrijft het bestuur van de veiligheidsregio de organisatie, de taken en bevoegdheden in het kader van de bestrijding van en de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte.<sup>25</sup> De veiligheidsregio's werken bij de voorbereiding samen met de GGD'en die zijn belast met de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding.<sup>26</sup> In het onderhavige wetsvoorstel wordt een wettelijke grondslag voorgesteld om bij algemene maatregel van bestuur kaders te stellen over de wijze waarop de GGD'en deze taak uitvoeren. Aldus kan via kaderstelling worden gestuurd op een meer uniforme werkwijze van de GGD'en in de koude fase, waardoor binnen de infectieziektebestrijdingsketen sneller en adequater kan worden opgeschaald indien dat noodzakelijk is voor de bestrijding van een toekomstige (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte.

In de warme fase, wanneer sprake is van een epidemie van een A-infectieziekte, of een directe dreiging, draagt de voorzitter van de veiligheidsregio zorg voor de bestrijding en heeft de Minister van VWS de leiding over de bestrijding. Voorts is iedere vakminister zelf verantwoordelijk voor de crisisbeheersingsmaatregelen op het eigen beleidsterrein en voor de afstemming hiervan met de Minister van Justitie en Veiligheid (als coördinerend Minister op het gebied van crisisbeheersing), de andere departementen en de betrokken publieke en private partners. De vakminister is eveneens verantwoordelijk voor het stellen van de kaders voor de crisisbeheersingsmaatregelen door de aanbieders van vitale processen, voor zover deze onder diens verantwoordelijkheid vallen.

Ter uitvoering van de leidinggevende taak bij de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte kan de Minister van VWS opdrachten geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's die zijn belast met die bestrijding. In het onderhavige wetsvoorstel wordt voorgesteld om te voorzien in de bevoegdheid van de Minister van VWS om (in de praktijk via de uitvoerende partij LFI) de dPG van de GGD'en

<sup>22</sup> Artikel 6, tweede lid, Wpg.

<sup>23</sup> Artikel 8, eerste lid, Wpg.

<sup>24</sup> Artikel 16 Wet op de veiligheidsregio's en artikel 8, tweede lid, Wpg.

<sup>25</sup> Artikel 8, tweede lid, Wpg.

<sup>26</sup> Artikel 8, derde lid, Wpg.

opdrachten te geven voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen. Zodra de Minister van VWS gebruikmaakt van de sturingsbevoegdheid richting de dPG van de GGD'en, wordt de voorzitter van de veiligheidsregio die het aangaat door de Minister van VWS hierover geïnformeerd. Hiermee wordt beoogd de informatiepositie van de voorzitter van de veiligheidsregio, gelet op diens coördinerende verantwoordelijkheid bij de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte, te borgen. De sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD'en is complementair aan de reeds bestaande bevoegdheid van dezelfde Minister om opdrachten te geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's.

De Minister van VWS stemt de inzet van deze bevoegdheid waar nodig af met andere Ministers. De Minister van VWS kan – net als andere Ministers en Staatssecretarissen – de Minister van Justitie en Veiligheid verzoeken om de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing (MCCb) bijeen te roepen in situaties met een spoedeisend karakter, waarbij de nationale veiligheid in het geding is, of waarbij sprake is van een grote uitwerking op de maatschappij<sup>27</sup> en oefent zijn bevoegdheid uit in overeenstemming met de besluiten van de Commissie.<sup>28</sup> De Minister van Justitie en Veiligheid is voorzitter van de MCCb, tenzij de Minister-President, Minister van Algemene Zaken, beslist dat hij voorzitter is. Op uitnodiging van de voorzitter van de MCCb kunnen een voorzitter van een veiligheidsregio of een burgemeester worden uitgenodigd met raadgevende stem aan de vergadering deel te nemen. Andere partners en deskundigen kunnen op uitnodiging van de voorzitter, na overleg met de Minister of Staatssecretaris die daarbij in het bijzonder is betrokken, als adviseur vanuit een inhoudelijke of operationele expertise aan vergaderingen deelnemen. De Interdepartementale Commissie Crisisbeheersing (ICCb), bestaande uit vertegenwoordigers op DG-niveau van de verantwoordelijke ministeries en uitgenodigde vertegenwoordigers van medeoverheden, adviseert de voorzitter van de MCCb per situatie met betrekking tot het bijeenroepen van de MCCb en adviseert vervolgens over de coördinatie en besluitvorming. De Commissie en de ICCb worden ondersteund door een Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO).

Het Nationaal Handboek Crisisbeheersing beschrijft op hoofdlijnen de rollen, wettelijke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vast van de belangrijkste partijen binnen de nationale crisisstructuur. Voor de belangrijkste risico's – onder andere geïdentificeerd op basis van de Rijksbrede risicoanalyse<sup>29</sup> – worden door het kabinet in afstemming met de veiligheidsregio's Landelijke Crisisplannen (LCP's) opgesteld. Deze LCP's geven op hoofdlijnen overzicht van en inzicht in de afspraken over de beheersing van specifieke crises. Een LCP is daarmee een leidraad en beschrijft de crisisaanpak op landelijk niveau en de samenwerking met en aansluiting van betrokken publieke en private partners en netwerken. In een LCP wordt een kader gesteld en het is daarmee een basis voor de meer operationeel uitgewerkte plannen en draiboeken van de betrokken actoren en organisaties. Zo wordt op dit moment onder andere een Landelijk Crisisplan Infectieziekten voorbereid.<sup>30</sup> Daarin zal onder meer de wijze worden beschreven waarop de sinds 2 oktober 2023 daadwerkelijk inzetbare LFI wordt opgeschaald tot het voor de betrokken crisis vereiste niveau («geactiveerd»).

<sup>27</sup> Zie Nationaal Handboek Crisisbeheersing en Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2022 (Stcrt. 2022, 32675).

<sup>28</sup> Artikel 25, eerste lid, Reglement van Orde ministerraad en het Instellingsbesluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing 2022 (Stcrt. 2022, 32657).

<sup>29</sup> Kamerstukken II 2022/23, 30 821, nr. 165.

<sup>30</sup> Kamerstukken II 2023/24, 29 517, nr. 251.

Bij de beslissingen over de bestrijding van een (dreigende) epidemie met een A-infectieziekte wordt de Minister van VWS geadviseerd door het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg Infectieziektebestrijding (BAO). Deze is ingesteld op 1 januari 2005.<sup>31</sup> In het geval van zo'n (potentiële) crisis op het terrein van de infectieziekten heeft dit BAO de taak om de maatregelen die het Clb van het RIVM voorstelt te beoordelen op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid.<sup>32</sup> Het BAO vergadert in het geval van een (potentiële) crisis op het terrein van de infectieziekten als het Clb naar aanleiding van die (potentiële) crisis een advies heeft uitgebracht. De vaste leden van dit BAO onder het vaste voorzitterschap van de directeur-generaal Volksgezondheid zijn onder meer de directeur van het Clb, vertegenwoordigers van de veiligheidsregio's, GGD GHOR Nederland en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ook de bij het onderwerp van de vergadering betrokken gemeentebestuurders nemen deel. Daarnaast kunnen anderen worden uitgenodigd, zoals bijvoorbeeld een vertegenwoordiger van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA).<sup>33</sup>

Het Outbreak Management Team (OMT) wordt samengeroepen wanneer de directeur van het Clb daartoe aanleiding ziet, dan wel op verzoek van de Minister van VWS. Het is de taak van het OMT om op basis van de stand van de wetenschap en de voorhanden zijnde praktijkervaring het best mogelijke medisch-epidemiologische advies op te stellen, gegeven de voorliggende informatie en omstandigheden van de (potentiële) infectieziektecrisis die zich manifesteert.<sup>34</sup> Het OMT wordt samengesteld uit experts van het RIVM en de externe deskundigen die de directeur van het Clb nodig en geschikt acht om deel te nemen aan een OMT-vergadering, gegeven de aard en stand van zaken van de onderhavige infectieziektecrisis en eventueel voorliggende adviesvragen. Het hoofd van het RIVM-centrum Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) is de secretaris van het OMT.

Het Maatschappelijk Impact Team (MIT) is ingesteld op 1 september 2022.<sup>35</sup> Het MIT heeft de taak om te adviseren over de sociaalmaatschappelijke en economische gevolgen van de voorstellen van het kabinet in het kader van het beleid ter bestrijding van het coronavirus en eventuele andere infectieziekten met pandemisch potentieel die kunnen nopen tot het nemen van collectief verplichtende maatregelen.<sup>36</sup> Zoals werd toegelicht in de brief van 19 augustus 2022 waarin uw Kamer het instellingsbesluit tevoren werd toegestuurd, neemt het MIT een gelijkwaardige positie in naast het OMT en zal het zo veel mogelijk parallel functioneren aan het OMT.

*In hun rapport wijst de OVV erop dat de verregaande decentralisatie en versnippering van het zorglandschap het complex hebben gemaakt om eenduidig regie te voeren op zorgpartijen gedurende een omvangrijke crisis zoals de Covid-19 pandemie. De leden van NSC-fractie vragen de regering of zij aanvullende maatregelen noodzakelijk acht (en zo ja, welke) om een uniforme en opschaalbare aanpak in geval van crisis te realiseren.*

<sup>31</sup> Instellingsbesluit Bestuurlijk afstemmingsoverleg infectieziektebestrijding (Stcrt. 2004, 236).

<sup>32</sup> Artikel 2, eerste lid, van het Instellingsbesluit BAO.

<sup>33</sup> Artikel 3 van het Instellingsbesluit BAO.

<sup>34</sup> Artikel 1 van het Reglement voor het Outbreak Management Team (OMT). Dit reglement is op de website van het RIVM gepubliceerd.

<sup>35</sup> Instellingsbesluit Commissie Maatschappelijk Impact Team (Stcrt. 2022, 22807). Zie ook Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1883 en Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1936. Het MIT is ingesteld voor de duur van twee jaar met de mogelijkheid van verlenging (artikel 4 van het instellingsbesluit)

<sup>36</sup> Artikel 2, tweede lid, van het Instellingsbesluit Commissie MIT.

De OVV adviseert in het eerste deelrapport<sup>37</sup> de crisisstructuur voor het zorgveld aan te passen, zodat de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om sector-, regio- of instellings-overstijgende problemen effectief te kunnen aanpakken, waaronder in elk geval met rechtstreeks bindende aanwijzingen (aanbeveling 8). De OVV wijst hierbij ook op het gebrek aan bevoegdheden van de Minister van VWS om in geval van een pandemie te kunnen sturen op de GGD'en. Op dat punt wordt met de in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD invulling gegeven aan de betreffende aanbeveling. In het verlengde hiervan is ten aanzien van deze aanbeveling in de kabinetsreactie op het tweede deelrapport van de OVV aangegeven dat wordt gewerkt aan aanpassingen in de crisisstructuur binnen de zorgketen om landelijke regie wettelijk te borgen en de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.<sup>38</sup> De Minister van VWS werkt daarmee aan een sterkere inbedding van (centrale) regie en sturing in de zorgketen. De Minister van VWS verkent op dit moment de juridische (on)mogelijkheden hiertoe.

*De NSC-fractieleden lezen dat, ondanks het bestaan van landelijke richtlijnen, de GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze hebben. Kan de regering toelichten in welke mate deze pluriforme werkwijze tot misverstanden of problemen kunnen leiden bij de voorbereidingen of aanpak van een crisis?*

De OVV wijst in het hiervoor genoemde eerste deelrapport erop dat ondanks het bestaan van landelijke richtlijnen de GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze hebben. Doordat iedere veiligheidsregio, in samenspraak met de GGD, verantwoordelijk is voor de eigen voorbereiding op de infectieziektebestrijding, verschilt de aanpak per regio. Dit kan botsen met de landelijke verantwoordelijkheid van de Minister van VWS bij de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte, aldus de OVV. Een lokale of regionale aanpak van de infectieziekten (in de koude fase) zorgt voor meer lokale en regionale flexibiliteit en lokaal en regionaal maatwerk. Deze lokale verankering had in de covid-19-epidemie als keerzijde dat er problemen waren bij de opschaling en samenwerking tussen GGD'en, alsmede bij de uniforme aansturing. Zo liepen de GGD'en bij de opschaling en uitvoering van bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, tegen een aantal structurele problemen aan. Er bleek te weinig uniformiteit, slagkracht en eenheid te zijn in het crisismanagement. Dit werd onder meer veroorzaakt doordat de infectieziektebestrijding op lokaal en regionaal niveau was (en is) georganiseerd en onvoldoende was uitgewerkt voor het hoogste niveau van de nationale crisisstructuur. Dat gat in de landelijke structuur en die verschillen tussen GGD'en werden tijdens de covid-19-epidemie zichtbaar bij het overschakelen naar landelijk grootschalig bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren.<sup>39</sup>

Daarnaast leidde het gebrek aan een uniforme werkwijze bij GGD'en tot problemen bij de samenwerking die tijdens een landelijke infectieziekte-crisis noodzakelijk is. Landelijke opschaling heeft tot doel om de reguliere capaciteit landelijk meer gecoördineerd in te zetten, en waar nodig aan te vullen. Zonder eenduidigheid in werkwijzen en processen van GGD'en, zoals op het gebied van bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren, wordt dit proces van landelijke opschaling en ondersteuning bemoeilijkt, omdat men niet kan teruggevallen op één uniforme werkwijze. Zeker wanneer een epidemie van een A-infectieziekte grootschaliger en langer

<sup>37</sup> Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Aanpak coronacrisis. Deel 1: tot september 2020*, Den Haag: 2022 (Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1808).

<sup>38</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 1999.

<sup>39</sup> GGD GHOR Nederland, «Governance Gezondheids crisis. Een position paper», 25 mei 2021.

van aard is, zal deze noodzaak tot samenwerking groter zijn, en daarmee de behoefte aan uniformiteit.

*De OVV merkt in zijn eerste deelrapport op dat de Minister van VWS tijdens de covid-19-epidemie geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om via de voorzitters van de veiligheidsregio's opdrachten te geven aan de dPG'en. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het met de OVV eens is dat deze mogelijkheid bestond. Zo ja, waarom is hier destijds geen gebruik van gemaakt?*

De voorzitter van de veiligheidsregio draagt zorg voor de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en heeft bij de bestrijding van een dergelijke epidemie om die reden een sturingsbevoegdheid op de dPG van de GGD. Tijdens de covid-19-epidemie zijn echter voor de centrale sturing op de medisch-operationele voorzieningen van de GGD'en informele directe afstemmingslijnen tot stand gebracht tussen het Ministerie van VWS en de dPG'en (in voorkomende gevallen via de GGD GHOR Nederland) en is niet gekozen voor getrapte sturing via de voorzitter van de veiligheidsregio's. Dit hield enerzijds verband met het verschil in werkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio's en GGD'en, waarbij het treffen van medisch-operationele voorzieningen nadrukkelijk een taak en bevoegdheid van de GGD'en is. In aanvulling daarop was er in het kader van de bestrijding van de covid-19-epidemie behoefte aan een rechtstreekse afstemmingslijn met de dPG'en om op hoge snelheid en kort-cyclisch te kunnen sturen. Getrapte sturing op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen was te omslachtig. Zoals de Afdeling advisering van de Raad van State in haar advies stelt, is het dan ook begrijpelijk om in bepaalde gevallen rechtstreekse sturing van de Minister van VWS op de dPG mogelijk te maken.

*De leden van de ChristenUnie-fractie menen dat met het instellen van de Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding (LFI) al een belangrijke stap is gezet in het verbeteren van aansturingsmogelijkheden en voorbereid zijn op een crisissituatie. Kan de regering aangeven wat er voor de aansturing juist mist, waar deze wetswijziging voor nodig is. Wat mist de LFI en wat ontbreekt er aan een adequate pandemiebestrijding als deze wetswijziging niet wordt doorgevoerd?*

In het hiervoor genoemde rapport van het Verwey-Jonker Instituut wordt geconcludeerd dat – hoewel er rekening werd gehouden met de mogelijkheid van nieuwe epidemieën – de ervaringen met covid-19 duidelijk hebben gemaakt dat de fijnmazige infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige en langdurige epidemie. Met betrekking tot de GGD'en – waar de uitvoering van de medisch-operationele processen is belegd – concludeert het Verwey-Jonker Instituut dat er door het regionale karakter van de GGD'en en de individuele verantwoordelijkheid van de afzonderlijke GGD'en tijdens de bestrijding weinig eenduidigheid was in de werkwijzen en processen van de GGD'en, en dat de infrastructuur beperkt aanknopingspunten bood voor eenduidige samenwerking en uitvoering. Daarnaast wijst de OVV in het eveneens eerdergenoemde eerste deelrapport erop dat de verregaande decentralisatie en versnippering van het zorglandschap het complex hebben gemaakt om eenduidig regie te voeren op zorgpartijen gedurende een omvangrijke crisis. Ondanks het bestaan van landelijke richtlijnen hebben de GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze. Doordat iedere veiligheidsregio, in samenspraak met de GGD, verantwoordelijk is voor de eigen voorbereiding op de infectieziektebestrijding, verschilt de aanpak per regio. Dit kan volgens de OVV botsen met de landelijke verantwoordelijkheid van de

Minister van VWS bij de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte. De OVV wijst erop dat als er sprake is van een epidemie van een A-infectieziekte eenduidig beleid nodig is en GGD'en niet meer afzonderlijk het eigen beleid kunnen bepalen.

Om de voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte noodzakelijke mate van uniformiteit en robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden van de GGD'en te kunnen bereiken, is het van belang reeds in de voorbereiding op een dergelijke crisis – oftewel de koude fase – tot verbeteringen te komen. Hiertoe is in het onderhavige wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders (kort gezegd) de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren door de GGD, zo nodig in samenwerking met andere colleges van burgemeester en wethouders en hun GGD'en. De kaders leiden ertoe dat GGD'en beter opschaalbaar zijn en beter toegerust op hun werkzaamheden tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte.

Met dit wetsvoorstel wordt tevens een bevoegdheid gecreëerd voor de Minister van VWS om de dPG op te dragen medisch-operationele voorzieningen te treffen ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte (warme fase). Aldus wordt voorzien in een rechtstreekse afstemmingslijn van de Minister van VWS op de dPG'en zodat met hoge snelheid en kort-cyclisch kan worden gestuurd. Deze sturingsbevoegdheid is noodzakelijk voor de LFI – dat opereert onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS – om bij een nieuwe (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte die om landelijke bestrijding vraagt een wettelijke grondslag te hebben voor de sturing op de snelle opschaling van de medisch-operationele voorzieningen en de opgeschaalde operatie.<sup>40</sup>

## **2.2 Doel en inhoud van het voorstel**

### **2.2.1 Vormgeving sturingsbevoegdheid richting dPG'en**

*De leden van de PVV-fractie voorzien frictie tussen lokale verantwoordelijkheden en landelijke. Een infectie uitbraak begint immers lokaal met lokaal maatwerk gevolgd door in eerste instantie lokale of regionale opschaling. Vervolgens neemt op een bepaald moment de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) het over onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VWS. De uitvoering en handhaving van collectieve maatregelen blijven echter liggen bij het college van B&W, waarbij de gemeenteraad geen inspraak meer over de maatregelen heeft. Ook heeft de gemeenteraad geen inspraak over continuering of afbouw van de collectieve maatregelen. De leden willen er op wijzen dat de coronaperiode ook heeft laten zien dat lokaal maatwerk wenselijk is. Welke ruimte is hier nog voor? De leden van de PVV-fractie zijn voorts van mening dat lokale inspraak, middels de gemeenteraad, belangrijk is voor het draagvlak van collectieve maatregelen. Is de regering het daarmee eens? Zo ja, hoe wordt dit dan gewaarborgd? Zo nee waarom niet?*

Het onderhavige wetsvoorstel ziet niet op de (de besluitvorming tot het nemen van) collectieve maatregelen die krachtens hoofdstuk V, paragraaf 8, Wpg (artikel 58a e.v.) kunnen worden genomen ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A1. In dat verband is

<sup>40</sup> Zie ook het advies Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (bijlage bij Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1875).

voorzien in de mogelijkheid om ter zake van de collectieve maatregelen regionale differentiatie en lokaal maatwerk toe te passen (artikel 58e Wpg) en is tevens voorzien in de mogelijkheid om in de zogenoemde beheerfase van de crisis meer ruimte te bieden voor een lokale aanpak en een terugkeer naar de bestuurlijke verhoudingen buiten crisissituaties (artikel 6, vijfde lid, Wpg).

***De leden van de GL-PvdA fractie zijn benieuwd of het onderscheid tussen warme en koude fase helder genoeg is. Kan dit onderscheid niet tot verwarring leiden of is het daadwerkelijk altijd duidelijk of we ons in een koude of warme fase van een aanstormende pandemie bevinden?***

In het stelsel van crisisbeheersing wordt onderscheid gemaakt tussen de voorbereidingsfase (koude fase) en de crisisfase (warme fase). De termen «koude fase» en «warme fase» komen als zodanig niet terug in de Wpg. In termen van de Wpg is sprake van de «koude fase» als er geen (dreigende) epidemie is en uitsluitend sprake is van voorbereiding op de bestrijding daarvan. Er is sprake van de warme fase als er wel een (dreigende) epidemie is die bestreden moet worden. Een directe dreiging van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A1 of A2 (hierna tezamen aangeduid als «A-infectieziekte») kan zich al voordoen bij de aanwezigheid van enkele geïnfecteerde personen in Nederland (afhankelijk van het type infectieziekte), maar ook indien op grond van de situatie in het buitenland ervoor moet worden gevreesd dat de betreffende A-infectieziekte ons land in korte tijd kan bereiken.

Bij de vraag of een bepaalde infectieziekte kwalificeert als een A-infectieziekte en, in het verlengde daarvan, of sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte laat de Minister van VWS zich adviseren door deskundigen. Het Clb van het RIVM heeft daarbij een centrale rol, gelet op diens taak om infectieziekten te monitoren en de epidemiologische situatie te duiden. Het RIVM kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek van de Minister van VWS – een OMT bij elkaar roepen voor een advies, maar kan ook op eigen gezag adviseren. Het RIVM staat als «national focal point» in het kader van de International Health Regulations in verbinding met internationale systemen waarin infectieziektesignalen tussen landen worden gewisseld. Het RIVM of het OMT adviseert op basis van de (bekende) gegevens over de infectieziekte en de situatie in Nederland en het buitenland of er sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Het is uiteindelijk de Minister van VWS die besluit of de warme fase is aangevangen door de leiding bij de bestrijding van de epidemie naar zich toe te trekken. Voornoemde adviezen zijn daarbij voor de Minister van VWS zwaarwegend. Over een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte zal uw Kamer uiteraard worden geïnformeerd.

***De GL-PvdA-fractieleden vragen voorts of de regering een aantal voorbeelden kan geven van sturingsmogelijkheden richting de GGD die niet binnen de bevoegdheid van VWS vallen in de warme fase van een pandemie?***

De sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD is op verschillende wijzen begrensd. In het kader van de vraag van de betreffende leden is daarbij onder meer relevant dat de sturingsbevoegdheid nadrukkelijk ziet op het treffen van medisch-operationele voorzieningen door de GGD'en ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij met name gedacht aan sturing op voorzieningen in verband met het grootschalig testen van mensen, het grootschalig uitvoeren van bron-en contactonderzoek en het, indien aan



de orde, grootschalig vaccineren van mensen. Voor bestrijdingstaken die een breder en meer multidisciplinair karakter hebben en waarbij vraagstukken op het gebied van openbare orde en veiligheid een rol spelen bestaat de directe sturingslijn van de Minister van VWS richting de voorzitter van de veiligheidsregio's. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij onder meer gedacht aan de opdracht van de Minister van VWS aan de voorzitter van de veiligheidsregio om met inachtneming van bepaalde voorwaarden (zoals bereikbaarheid voor burgers) een bepaalde test- of vaccinatiecapaciteit in de veiligheidsregio te organiseren. De voorzitters van de veiligheidsregio's zullen in dat kader voor de eigen regio de noodzakelijke locaties organiseren, en daartoe waar nodig overleggen met de burgemeester of de portefeuillehouder van de betrokken gemeente. In het verlengde daarvan zal de voorzitter van de veiligheidsregio ook overleggen met de GGD'en. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de inrichting van de verkeersstromen op het terrein van de vaccinatie locatie en de aanwezigheid van beveiliging. Dit zijn dus aspecten die niet binnen de sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD vallen.

*De leden van de GL-PvdA fractie zijn benieuwd of de gekozen vormgeving ook in de warme fase van een pandemie voldoende ruimte laat voor regionale flexibiliteit om aan te sluiten bij lokale behoeften. Blijft deze ruimte bestaan met dit wetsvoorstel?*

Met de directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte wordt meer uniformiteit bereikt en worden onduidelijkheden, fragmentatie en diversiteit in werkwijze vermeden. Deze uniformering kan tot een beperking van de mogelijkheden voor het lokaal maatwerk bij de bestrijding van de epidemie leiden, maar sluit deze niet geheel uit. Bij de sturingsbevoegdheid kan – waar mogelijk – ruimte behouden blijven voor regionale of lokale flexibiliteit of maatwerk en fijnmazige inzet (bijvoorbeeld gericht op sociaal-kwetsbare groepen). Bij de vaccinatie tijdens de covid-19-epidemie is dat ook van groot belang gebleken.

*De GL-PvdA-fractieleden wijzen er op dat de regering expliciet noemt dat de twee sturingslijnen naar dPG en voorzitter van de veiligheidsregio complementair zijn. Is het risico op bestuurlijke drukte op deze manier voldoende weg genomen?*

De sturingslijn van de Minister van VWS richting de voorzitter van de veiligheidsregio enerzijds en de sturingslijn van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD anderzijds zijn ten opzichte van elkaar complementair. De sturingslijnen hebben betrekking op andere aspecten van de crisisbestrijding; er is geen stapeling van sturingsbevoegdheden en vanuit dat oogpunt dus ook geen risico op bestuurlijke drukte. In de voorgestelde wettekst is dit naar voren gebracht doordat expliciet is vastgelegd dat de sturingslijn richting de voorzitter van de veiligheidsregio's *niet* het treffen van medisch-operationele voorzieningen omvat en dat de Minister van VWS het treffen van medisch-operationele voorzieningen ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte aan de dPG in diens hoedanigheid van leidinggevende aan de GGD kan opdragen.

*Tot slot vragen de leden van de GL-PvdA-fractie of het klopt dat er in de koude fase geen sturing vanuit het rijk plaatsvindt op het voorbereidingsproces dat de GGD-besturen dan doorlopen?*

In de koude fase vindt er sturing plaats op de voorbereiding van GGD'en op een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte via wet- en regelgeving. Concreet is in het wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders de GGD de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren. Via deze weg kan worden gestuurd op de noodzakelijke mate van uniformiteit en robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden bij de GGD'en, waardoor binnen de infectieziektebestrijdingsketen sneller en adequater kan worden opgeschaald ingeval dat noodzakelijk is voor de bestrijding van een toekomstige (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Met deze voorgenomen kaderstelling wordt aangesloten bij het uitgangspunt dat de sturing op decentraal belegde taken – oftewel in de koude fase – gebeurt door wet- en regelgeving. Daarnaast zal in de praktijk de LFI in samenwerking met onder andere de GGD'en de voorbereiding op een infectieziektecrisis, mede in het licht van de kaderstelling, nader vormgeven.

Volledigheidshalve wordt benadrukt dat er in koude fase *niet* – zoals in de warme fase – een rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS richting de dPG'en van de GGD'en bestaat.

***De leden van de VVD-fractie begrijpen dat bij een epidemie van een A-infectieziekte landelijke regie nodig is en dat op regionaal niveau dit niet kan worden bestreden maar zij merken ook op dat regio's erg van elkaar kunnen verschillen als het aankomt op bijvoorbeeld het bereiken van bepaalde doelgroepen. Hoe wordt in de landelijke aanpak rekening gehouden met deze regionale verschillen? In hoeverre is er in de landelijke aanpak ruimte voor regionale differentiatie?***

Met de directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte wordt meer uniformiteit bereikt en worden onduidelijkheden, fragmentatie en diversiteit in werkwijze vermeden. Deze uniformering kan tot een beperking van de mogelijkheden voor het lokaal maatwerk bij de bestrijding van de epidemie leiden, maar sluit deze niet geheel uit. Bij de sturingsbevoegdheid kan – waar mogelijk – ruimte behouden blijven voor regionale of lokale flexibiliteit of maatwerk en fijnmazige inzet (bijvoorbeeld gericht op sociaal-kwetsbare groepen). Bij de vaccinatie tijdens de covid-19-epidemie is dat ook van groot belang gebleken.

***De wettelijke grondslag geeft de Minister van VWS de bevoegdheid de dPG op te dragen medisch-operationele voorzieningen te treffen in het geval van een (dreigende) epidemie van aan A-infectieziekte (warme fase), zo lezen de leden van de VVD-fractie. De leden kunnen begrijpen waarom er is gekozen voor een bevoegdheid met betrekking tot het treffen van medisch-operationele voorzieningen en niet voor een beperkte opsomming van activiteiten. Wel vragen zij hoe wordt voorkomen dat de voorzieningen verward worden met algemene operationele voorzieningen?***

Ik veronderstel dat de betreffende leden met algemene operationele voorzieningen doelen op de voorzieningen en maatregelen die de voorzitter van de veiligheidsregio, al dan niet na een opdracht daartoe van de Minister van VWS, treft met het oog op de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Zoals uitgewerkt in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel laat de introductie van de mogelijkheid om de dPG op te dragen medisch-operationele voorzieningen te treffen de coördinerende verantwoordelijkheid en de bevoegd-

heden van de voorzitter van de veiligheidsregio onverlet. Van verwarring zal dus in beginsel geen sprake zijn, omdat de algemene operationele voorzieningen niet door de (dPG van de) GGD'en worden uitgevoerd.

*Daarnaast lezen de leden van de VVD-fractie dat wordt voorgesteld wettelijk vast te leggen dat zodra de Minister van VWS gebruik maakt van de sturingsbevoegdheid richting de dPG, de voorzitter van de veiligheidsregio die het aangaat door de Minister van VWS meteen (onverwijld) wordt geïnformeerd. De wijze waarop de voorzitter van de veiligheidsregio wordt geïnformeerd is vormvrij. Het uitgangspunt is dat deze schriftelijk wordt geïnformeerd. Echter, door dit niet expliciet voor te schrijven wordt ruimte opengelaten voor een laagdrempelige informatievoorziening, zodat dit bijvoorbeeld ook mondeling tijdens een overleg kan gebeuren. Deze mogelijkheid van laagdrempelige en informele informatievoorziening wordt van belang geacht, omdat de sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS richting de dPG'en een hoge snelheid kan hebben en daarmee zeer kort cyclisch van aard kan zijn. De leden van de VVD-fractie kunnen deze redenering goed volgen. Zij vragen de regering of wanneer er sprake is van besluitvorming in plaats van enkel informatievoorziening, er wel expliciet schriftelijke verslaglegging plaatsvindt.*

De wijze waarop de sturing richting de dPG plaatsvindt ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte is in beginsel vormvrij. Hetzelfde geldt, zoals de leden van de VVD-fractie opmerken, voor de onverwijldde informatievoorziening richting de voorzitter van de veiligheidsregio als gebruik is gemaakt van de sturingsbevoegdheid richting de dPG. De sturing van de Minister van VWS richting de dPG zal steeds een besluitvormend karakter hebben. Het betreft immers het geven van een opdracht tot het treffen van medisch-operationele voorzieningen. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting kan de sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG een hoge snelheid hebben en zeer kort cyclisch van aard zijn. In lijn hiermee zijn geen vormvereisten gesteld aan de wijze van sturing, bijvoorbeeld om ook sturing door middel van een mondelinge opdracht in een overlegsituatie mogelijk te maken. Beoogd uitgangspunt is evenwel dat zoveel mogelijk wordt gestreefd naar schriftelijke vastlegging c.q. bevestiging van de gegeven opdrachten.

Overigens kunnen er na het geven van een opdracht door de Minister van VWS aan de dPG tot het treffen van medisch-operationele voorzieningen nog vele contactmomenten zijn tussen de LFI en de (dPG van de) GGD'en over de feitelijke uitvoering van die opdracht. Dat behelzen echter contactmomenten tussen het ministerie en het veld, zoals die te allen tijde kunnen plaatsvinden. Deze vallen dus niet onder de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid en de daarbij voorgeschreven informatievoorziening richting de voorzitter van de veiligheidsregio.

**De leden van de BBB-fractie** lezen dat dit wetsvoorstel regelt dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nadere regels kan stellen over de inrichting van medisch-operationele voorzieningen bij gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD's) voor bijvoorbeeld bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren. Daarnaast wordt het mogelijk gemaakt dat de Minister van VWS bij een epidemie van een ernstige infectieziekte direct opdrachten kan geven aan de directeur Publieke Gezondheid van de GGD.

*De Raad van State erkent dat de ervaringen met de Covid-19-pandemie hebben aangetoond dat een meer centrale aanpak nodig is bij een (dreigende) pandemie en dat het huidige systeem, dat sterk afhankelijk is van lokaal en regionaal bestuur, niet voldoende is om uniform en flexibel op te treden. Het is echter belangrijk dat nieuwe bevoegdheden zo worden*

*vormgegeven dat de bestaande rollen en samenwerking niet worden verstoord, zodat er geen onduidelijke en ineffectieve bestuurlijke structuren ontstaan tussen overheden in crisissituaties.*

*Daarom adviseert de Raad van State om de bevoegdheid van de Minister om medisch-operationele voorzieningen te treffen niet meer via de voorzitter van de veiligheidsregio te laten verlopen, maar rechtstreeks via de directeur Publieke Gezondheid van de GGD. Gezien de autonomie van de decentrale bestuur is het ook ongewenst om de Minister de bevoegdheid te geven om tijdens de voorbereidingsfase van de infectieziektebestrijding aanwijzingen te geven, zolang het stellen van regels en overleg nog mogelijk is. Ook adviseert de Raad van State om de grondslag voor de Minister om nadere regels te stellen te beperken tot gevallen waarin de Minister de bestrijding leidt (ernstige infectieziekten). Hoe kijkt de regering hiernaar?*

In lijn met het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is een belangrijk uitgangspunt van het wetsvoorstel dat de sturing op het treffen van medisch-operationele voorzieningen verloopt via een rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD (en aldus niet richting of via de voorzitter van de veiligheidsregio). Voorts geldt in lijn met het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State dat de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD uitsluitend in de warme fase geldt. Een dergelijke sturingsbevoegdheid heeft de Minister van VWS *niet* in de koude fase. In de koude fase vindt de sturing plaats door wet- en regelgeving. Hiermee is aangesloten bij het uitgangspunt dat de sturing op decentraal belegde taken – oftewel in de koude fase – gebeurt door wet- en regelgeving.

De Afdeling advisering van de Raad van State gaat in haar advies voorts in op de reikwijdte van de nadere regels voor de koude fase en adviseert die te beperken tot de gevallen waarin de Minister van VWS de bestrijding leidt, oftewel een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Hier is niet voor gekozen. Concreet is in het wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop de het college van burgemeester en wethouders de GGD de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren. Het gaat hier om de taken die (niet-limitatief) zijn benoemd in artikel 6, eerste lid, Wpg en nader uitgewerkt zijn in artikel 11, eerste lid, van het Besluit publieke gezondheid. In de wet- en regelgeving wordt hierbij geen onderscheid gehanteerd op basis van de indeling in groepen van infectieziekten. Dat is begrijpelijk, omdat de werkzaamheden van de GGD'en – en in het verlengde daarvan de werkprocessen – veelal hetzelfde zijn, ongeacht of het om een A-infectieziekte of een infectieziekte behorend tot een andere groep gaat. Een verkokering van de werkprocessen ligt ook niet voor de hand, gelet op het feit dat de Minister van VWS kan besluiten een infectieziekte in een andere groep in te delen. Met de keuze voor een brede grondslag wordt recht gedaan aan de bestaande praktijk bij de GGD'en en hun voornemens om pandemisch paraat te worden.

Het beperken van de grondslag voor de kaderstelling tot A-infectieziekten leidt mogelijk juist tot een inbreuk op de bestaande praktijk, omdat dit in ieder geval gevolgen heeft voor de financiële verantwoording door de GGD'en. Een beperking van de grondslag betekent dat de specifieke uitkering uitsluitend mag zien op werkzaamheden die door de GGD'en zijn verricht in relatie tot A-infectieziekten. Dit kan alsnog leiden tot een scheiding in de werkprocessen bij de GGD'en tussen enerzijds werkzaamheden ten aanzien van A-infectieziekten en anderzijds werkzaamheden ten aanzien van andere infectieziekten. Een dergelijke verkokering van de werkprocessen van de GGD'en draagt niet bij aan het doel om te komen

tot een uniforme werkwijze van de GGD'en en een minimale basiskwaliteit bij de GGD'en.

*Verder vragen de BBB-fractieleden zich af of de overheid niet steeds meer controle krijgt over het medische beleid op individueel niveau. Zij vinden dit namelijk een zorgwekkende ontwikkeling. De leden stellen dat patiënten het recht op zelfbeschikking hebben en het recht om zelf de zorg te kiezen die zij wensen.*

Van belang is om te benadrukken dat het zelfbeschikkingsrecht en het recht om zelf zorg te kiezen onverlet worden gelaten met dit wetsvoorstel. De sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS is beperkt tot het treffen van medisch-operationele voorzieningen door de (dPG van de) GGD. Voor zover dat bijvoorbeeld omvat het voorzien in test- of vaccinatiecapaciteit, geldt dat het een eigen afweging van personen blijft of zij daarvan gebruik willen maken. Voorts wordt benadrukt dat dit wetsvoorstel geen wijziging brengt in het besluitvormingsproces over de vraag of voor de bestrijding van een epidemie medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Het besluitvormingsproces daaromtrent, waarbij de Minister van VWS in de regel wordt geadviseerd door deskundigen, wordt met dit wetsvoorstel niet geraakt.

*De leden van de BBB-fractie hebben gelezen dat de Minister bevoegd is om instructies te geven aan de GGD met betrekking tot het bron- en contactonderzoek. Recentelijk is gebleken dat dit onderzoek beperkt effectief is geweest. Dit heeft te maken met de aansturing van medische operationele voorzieningen, waarbij de GGD, testen en bron- en contactonderzoek tekortschieten. Wat is de reactie van de regering op de conclusie dat dit onderzoek beperkt effectief is?*

Bron- en contactonderzoek is een belangrijk instrument binnen de infectieziektebestrijding. Ook bij de bestrijding van covid-19 is bron- en contactonderzoek wereldwijd ingezet met als doel om contacten van geïnfecteerde individuen te identificeren, deze contacten te informeren over de blootstelling en risico op besmetting, en hen te wijzen op maatregelen die genomen moeten worden om zo de verdere verspreiding tegen te gaan. Daarnaast is de informatie die tijdens het bron- en contactonderzoek wordt opgehaald van cruciaal belang voor de vormgeving en evaluatie van het bestrijdingsbeleid en surveillance. De effectiviteit van bron- en contactonderzoek is afhankelijk van veel factoren. Voor een belangrijk deel gaat dat om factoren die samenhangen met de ziekteverwekker, maar ook factoren die samenhangen met de uitvoering. Om zo goed mogelijk voorbereid te zijn op een goede uitvoering wordt door het RIVM, samen met de GGD'en en VU Amsterdam gewerkt aan de ontwikkeling van een landelijk, met alle betrokken partijen afgesproken, uniform, makkelijk opschaalbaar en door ICT ondersteund systeem voor het bron- en contactonderzoek, dat regionale uitvoering faciliteert en informatie oplevert voor landelijke voorlichting en beleid. Het RIVM heeft in opdracht van de Minister van VWS een plan van aanpak gemaakt om de landelijke en (boven)regionale infectieziektebestrijding blijvend te versterken, een onderdeel daarvan is bron- en contactonderzoek.<sup>41</sup> LCI pakt de werkzaamheden ter uitvoering van dit advies in 2024 op. Dit zal leiden tot een nieuwe werkwijze m.b.t. bron- en contactonderzoek welke zal worden vastgelegd in het generiek draaiboek.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Versterking landelijke en regionale infectieziektebestrijding | RIVM

<sup>42</sup> Generiek draaiboek | LCI richtlijnen (rivm.nl)

*Daarnaast is er volgens de BBB-fractieleden met name een probleem op het gebied van bedden capaciteit en planning. De leden vragen zich af waarom verpleegkundigen en artsen niet langer kunnen werken of dispensatie kunnen krijgen voor diploma- en intensive care-eisen, gezien het feit dat we in oorlog zijn tegen een virus. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de regering. Daarnaast willen de leden weten in hoeverre er rekening wordt gehouden met verschillende soorten pandemieën die kunnen voorkomen.*

Meer uren werken en contractuitbreiding is een aangelegenheid van werkgever en werknemer. Ik heb daarin een stimulerende rol, maar kan dit niet opleggen. Wanneer het personeel beter uit de voeten kan met 10- of 12-urige werkdagen, dan verdient het aanbeveling om te kijken naar de mogelijkheden daarvan. Dit blijft maatwerk. De Arbeidstijdenwet biedt hier de ruimte voor.

Met betrekking tot dispensatie voor diploma en intensive care eisen wil ik meegeven dat het uitgangspunt van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is, dat het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg in principe vrij is. Deze vrijheid geldt echter niet voor alle handelingen. Bepaalde handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van de patiënt meebrengen als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd, zijn in beginsel voorbehouden aan beroepsbeoefenaren die op grond van de Wet BIG zelfstandig bevoegd zijn om deze handelingen uit te voeren.<sup>43</sup> Zorgmedewerkers die op grond van de Wet BIG niet zelfstandig bevoegd zijn een voorbehouden handeling uit te voeren, mogen een dergelijke handeling (met inachtneming van de wettelijke voorwaarden) wel verrichten in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. Dit staat in de praktijk ook wel bekend als de «opdrachtregeling».<sup>44</sup> Om ervoor te zorgen dat de opdrachtregeling beter benut gaat worden en zo bijdraagt aan meer flexibiliteit op de arbeidsmarkt is in oktober 2023 hierover voorlichting gestart.<sup>45</sup>

Een volgende pandemie kan anders van aard zijn en een andere aanpak vergen. Binnen het beleidsprogramma pandemische paraatheid richt ik mij op een brede voorbereiding. Een belangrijk instrument hierbij is, het denken in, en werken mét scenario's. In de «voortgangsbrief beleidsprogramma pandemische paraatheid» van 26 oktober 2023 is omschreven langs welke lijnen dit wordt vormgegeven.<sup>46</sup> Samengevat is het RIVM gevraagd vier fictieve medisch-inhoudelijke scenario's op te leveren. Deze scenario's worden vervolgens vanuit de verschillende domeinen van het Ministerie van VWS verder doordacht en doorleefd. Ten slotte is in 2025 een landelijke oefening voorzien met één van de vier scenario's. In het kader van de kennisagenda pandemische paraatheid verken ik wat mogelijkheden zijn om het instrument nog verder door te ontwikkelen, zodat we het ook in de toekomst meer en breder kunnen inzetten.

*Het zou volgens de BBB-fractieleden ook nuttig zijn om één of meerdere centrale punten op te zetten met getrainde coronahulpverleners die een spoedopleiding hebben gevolgd. Het zou fijn zijn als ook buitenlandse artsen en verplegers, die niet aan de Nederlandse taaleisen voldoen, hierbij betrokken kunnen worden. Graag de reactie van de regering hierop.*

<sup>43</sup> Artikel 36 Wet BIG.

<sup>44</sup> Artikelen 35 en 38 Wet BIG.

<sup>45</sup> Opdrachtregeling voorbehouden handelingen | Publicatie | Rijksoverheid.nl

<sup>46</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2147.

De Nationale Zorgreserve werkt naar een strategische reserve van zorgmedewerkers toe, die in tijden van crisis een belangrijke rol kan spelen in het tijdelijk en snel opschalen van de zorgcapaciteit. Het betreft een Nationale Zorgreserve met regionale uitvoeringskernen. Deze groep bestaat uit voormalig zorgmedewerkers, zoals gepensioneerden met een zorgachtergrond en oud-zorgmedewerkers werkend in een andere sector. Buitenlandse zorgverleners, die (nog) niet aan de Nederlandse taalvereisten voldoen, kunnen onder andere werkzaamheden verrichten in Nederland binnen de kaders van de Wet BIG. Dit betekent dat voor wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen de in het vorige antwoord genoemde opdrachtregeling uit de Wet BIG de mogelijkheid kan bieden om deze zorgverleners in te zetten<sup>47</sup>. Ook staat het zorgorganisaties vrij om buitenlands zorgpersoneel in te zetten in een niet op grond van de Wet BIG gereguleerd zorgberoep als wordt voldaan aan de normen van goede zorg die zijn vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Het is bij deze mogelijkheden aan de werkgever om te beoordelen of de buitenlandse zorgverlener het Nederlands voldoende beheerst om op een bepaalde wijze ingezet te worden.

*Tenslotte is er volgens de leden van de BBB-fractie sprake van een verschuiving waarbij alles naar de GGD lijkt te gaan en huisartsen geen rol spelen in dit proces. Dit is nieuw en een belangrijk verschil. Huisartsen werken over het algemeen zelfstandig en hebben de eed afgelegd om altijd het belang van de patiënt te dienen. De meeste medewerkers van de GGD zijn geen artsen en zijn opgeleid om de instructies van de overheid te volgen en het belang van de «volksgezondheid» te dienen. Wat vinden huisartsen, zoals de LHV, en patiënten, zoals de Nederlandse Patiënten Federatie, van deze situatie?*

Met dit wetsvoorstel wordt een bevoegdheid gecreëerd voor de Minister van VWS om de dPG op te dragen medisch-operationele voorzieningen te treffen in het geval van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte (warme fase). Het gaat om bestaande publieke taken die zijn belegd bij de (dPG van de) GGD. Derhalve is er dan ook geen sprake van een verschuiving van taken van huisartsen naar de GGD met dit wetsvoorstel.

*Er wordt geen limitatieve lijst opgenomen van medisch-operationele voorzieningen waarop de Minister sturingsbevoegdheid krijgt, omdat niet volledig te voorspellen valt wat precies nodig is bij een eventuele volgende epidemie van een A-infectieziekte. **De leden van de CDA-fractie** vragen of de regering voorbeelden kan geven van mogelijke medisch-operationele voorzieningen die niet tijdens de covid-19-epidemie zijn ingezet.*

Deze vraag is lastig te beantwoorden, omdat het dan vooral gaat om medisch-operationele voorzieningen die in beeld komen bij een epidemie met een andersoortige nu nog onbekende infectieziekte en dus ook nog onbekend is hoe de bestrijding daarvan het beste kan worden vormgegeven.

*De leden van de CDA-fractie vragen voorts op welke wijze uitvoering wordt gegeven aan het advies uit het eerste deelrapport van de OVV om (ook minder waarschijnlijke) scenario's uit te werken? Komen hier ook aanvullende mogelijke medisch-operationele voorzieningen uit voort?*

Het beleidsprogramma pandemische paraatheid geeft invulling aan de bevindingen van de OVV door in te zetten op doorontwikkeling en professionalisering van het instrument scenario's. In de voortgangsbrief

<sup>47</sup> Artikelen 35 en 38 Wet BIG.

Pandemische paraatheid van 26 oktober 2023 is omschreven langs welke lijnen dit wordt vormgegeven.<sup>48</sup> Samengevat is het RIVM gevraagd vier fictieve medisch-inhoudelijke scenario's op te leveren voor het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Deze scenario's worden vervolgens vanuit de verschillende domeinen van het Ministerie van VWS verder doordacht en doorleefd. De vier scenario's worden ook gebruikt om bepaalde besluitvormingsprocessen of (onderdelen van) draaiboeken te oefenen en te toetsen en zullen een plek krijgen in het Landelijk Crisisplan Infectieziektebestrijding (LCP-I). Het LCP-I heeft als doel om vast te leggen of en hoe structuren (landelijk en regionaal) worden bestendigd, en om overzicht te bieden van het landschap van infectieziektebestrijding, inclusief de versterking hiervan zoals beoogd met het beleidsprogramma pandemische paraatheid. Ten slotte is in 2025 een landelijke oefening voorzien met één van de vier scenario's. In het kader van de kennisagenda pandemische paraatheid verken ik wat mogelijkheden zijn om het instrument nog verder door te ontwikkelen, zodat we het ook in de toekomst meer en breder kunnen inzetten. De LFI heeft ook een scenario-functie om zich goed te kunnen voorbereiden op een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte en doelmatig te kunnen oefenen met haar kernpartners.

Uit de scenario's en oefeningen kunnen nieuwe mogelijke medisch-operationele voorzieningen worden gedestilleerd. De omvang en het karakter van een volgende gezondheids crisis kan echter nooit volledig worden voorspeld, daarom is het niet verstandig een limitatieve lijst met medisch-operationele voorzieningen op te stellen.

***De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij ook mogelijke nadelige gevolgen van dit voorstel verwachten of dat zij hiervoor zijn gewaarschuwd door andere partijen. Zo ja, om welke mogelijke nadelige effecten gaat het hier?***

Dit wetsvoorstel is vormgegeven met alle betrokken partijen, zoals het RIVM, de GGD'en, veiligheidsregio's, de VNG en andere betrokken ministeries. Deze partijen hebben hun inzichten en geleerde lessen uit de vorige crisis onder de aandacht gebracht. Er werd door partijen aandacht gevraagd voor het belang van een robuuste afstemming en rolverdeling tussen de dPG, het bestuur van de GGD en de voorzitter van de veiligheidsregio, de inhoud van de kaderstelling in de koude fase, de verhouding met andere wetgeving en het afbakenen van het begrip «medisch-operationele voorzieningen». Deze punten zijn waar mogelijk verwerkt. In paragraaf 5 van de memorie van toelichting van het wetsvoorstel is op hoofdlijnen ingegaan op de ontvangen adviezen en reacties.

***De leden van de SP-fractie vragen de regering daarnaast of zij alternatieve maatregelen en/of wetgeving hebben overwogen. Zo ja, om welke alternatieven ging het en waarom heeft de regering specifiek voor de oplossing in dit wetsvoorstel gekozen?***

In Bijlage 5 van het Advies Landelijke Functionariteit Infectieziektebestrijding<sup>49</sup> is een juridisch advies opgenomen over een aantal varianten voor het rechtstreeks sturen op de dPG van de GGD. Het gaat om de mogelijkheid van een tijdelijk mandaat van de voorzitter van de veiligheidsregio aan de dPG, van een bestuursakkoord of de mogelijkheid van een beperkte wetswijziging. De twee alternatieven voor de beperkte wetswijziging bleken niet houdbaar. Met de onderhavige voorgestelde

<sup>48</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2147.

<sup>49</sup> Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1875 (bijlage).



wetswijziging kan de rechtstreekse sturing van de Minister van VWS op de dPG van de GGD op een effectieve manier worden gerealiseerd. Het onderhavige wetsvoorstel is in lijn met voormeld advies.

*De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting een aantal voorbeelden van de medische-operationele voorzieningen waarvoor de Minister van VWS via dit wetsvoorstel de bevoegdheid krijgt om de Directeur Publieke Gezondheid opdrachten te geven (voorzieningen in verband met het grootschalig testen van mensen, het grootschalig uitvoeren van bron-en contactonderzoek en het, indien aan de orde, grootschalig vaccineren van mensen of het grootschalig distribueren van genees- of hulpmiddelen om verspreiding en ziektelast te verminderen). Daarnaast wordt echter gesteld dat «nooit volledig te voorspellen [valt] wat precies nodig is bij een eventuele volgende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte». Dit zorgt echter wel voor onduidelijkheid over de reikwijdte van deze bevoegdheid. Kan de regering aangeven hoe breed deze bevoegdheid geïnterpreteerd kan worden en kan zij voorbeelden geven van minder voor de hand liggende voorzieningen die onder deze bevoegdheid kunnen vallen?*

De leden van de SP-fractie stellen terecht dat de onvoorspelbaarheid van een eventuele volgende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte kan nopen tot het treffen van andersoortige medisch-operationele voorzieningen dan de voorzieningen waarover nu brede consensus bestaat dat die als medisch-operationeel kunnen worden aangemerkt (bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren). Voor de duidelijkheid wordt herhaald dat de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD pas in beeld komt nadat mede op medisch-inhoudelijke gronden en deskundigenadvies is besloten dat en welke medisch-operationele voorzieningen nodig zijn. Bij de vraag of sprake is van medisch-operationele voorzieningen is het werkterrein van de GGD leidend, in die zin dat het hier nadrukkelijk gaat om voorzieningen die onder de taken en bevoegdheden van de (dPG van de) GGD vallen. Het is lastig om voorbeelden te geven, omdat het dan vooral gaat om medisch-operationele voorzieningen die in beeld komen bij een epidemie met een andersoortige nu nog onbekende infectieziekte en dus ook nog onbekend is hoe de bestrijding daarvan het beste kan worden vormgegeven.

**De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering kan aangeven wat het afwegingskader is dat de regering hanteert om de sturingsbevoegdheid richting dPG'en te gebruiken en op welke manier het besluit wordt genomen om de dPG'en niet meer direct aan te sturen. Hoe maakt de regering de afweging en door wie laat de regering zich adviseren? Daarnaast vragen deze leden nader te onderbouwen bij welke epidemiologische situatie de regering de directe sturingsbevoegdheid proportioneel acht. De memorie van toelichting spreekt van «in het geval van een (dreigende) epidemie van een A-infectie (warme fase)». Hoe definieert de regering deze fase?**

De Minister van VWS heeft een directe sturingsbevoegdheid richting de dPG van de GGD ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Een directe sturingsbevoegdheid in deze epidemiologische situatie wordt proportioneel geacht gezien het grote belang van landelijke regie bij de bestrijding van (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte ter bescherming van de volksgezondheid. De sturingslijn bevordert de snelheid en wendbaarheid van de crisisbestrijding en borgt de uniformiteit in de uitvoering van de medisch-operationele voorzieningen.

Voor de vraag of de Minister van VWS de sturingsbevoegdheid kan gebruiken is allereerst van belang of sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Een directe dreiging van een epidemie van een A-infectieziekte kan zich al voordoen bij de aanwezigheid van enkele geïnfecteerde personen in Nederland (afhankelijk van het type infectieziekte), maar ook indien op grond van de situatie in het buitenland er voor moet worden gevreesd dat de A-infectieziekte ons land in korte tijd kan bereiken.

Bij de vraag of een bepaalde infectieziekte kwalificeert als een A-infectieziekte en, in het verlengde daarvan, of sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte laat de Minister van VWS zich adviseren door deskundigen. Het RIVM heeft daarbij een centrale rol, gelet op diens taak om infectieziekten te monitoren en de epidemiologische situatie te duiden. Het Clb van het RIVM kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek van de Minister van VWS – een Outbreak Management Team (OMT) bij elkaar roepen voor een advies, maar kan ook op eigen gezag adviseren. Het RIVM staat als «national focal point» in het kader van de International Health Regulations in verbinding met internationale systemen waarin infectieziektesignalen tussen landen worden gewisseld. Het RIVM of OMT adviseert op basis van de (bekende) gegevens over de infectieziekte en de situatie in Nederland en het buitenland of er sprake is van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Het is uiteindelijk de Minister van VWS die besluit of de warme fase is aangevangen door de leiding bij de bestrijding van de epidemie aan zich toe te trekken. Voornoemde adviezen zijn daarbij voor de Minister van VWS zwaarwegend. Over een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte zal uw Kamer uiteraard worden geïnformeerd. Vervolgens is relevant dat de sturingsbevoegdheid op de dPG uitsluitend kan worden ingezet voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De Minister van VWS zal hiertoe pas overgaan nadat op medisch-inhoudelijke gronden en deskundigenadvies is besloten *dat* en *welke* medisch-operationele voorzieningen nodig zijn. Dit wetsvoorstel beoogt dus geen wijziging te brengen ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Het besluitvormingsproces daaromtrent, waarbij de Minister van VWS in de regel wordt geadviseerd door deskundigen, wordt niet door dit wetsvoorstel geraakt. In het kader van de bestrijding van de covid-19-epidemie speelden in dit adviesproces onder meer het RIVM, het OMT en het MIT een belangrijke rol.

Afhankelijk van het verloop van een (dreigende) epidemie kan de sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG ook zien op het afschalen van medisch-operationele voorzieningen. Hetgeen hiervoor is vermeld over de advisering over deskundigen is daarbij van overeenkomstige toepassing.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aandacht voor de ruimte voor regionale differentiatie. Deze leden vragen de regering welke mogelijkheden GGD'en hebben om in de warme fase de uitvoering andere keuzes te maken die beter passen bij de regionale situatie. Zij wijzen op de ervaringen met vaccinaties en informatievoorziening in coronatijd: in oude stadswijken met veel mensen met een buitenlandse afkomst was het effectiever om in de openbare ruimte en op vertrouwde plekken informatie te verstrekken en zonder afspraak te kunnen prikken en op de Waddeneilanden waren er andere afspraken nodig dan waar de groot-schalige vaccinatie locaties in konden voorzien. Hoe reflecteert de regering*

*op deze ervaring en hoe neemt de regering dit mee in het huidige wetsvoorstel?*

Met de directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte wordt meer uniformiteit bereikt en worden onduidelijkheden, fragmentatie en diversiteit in werkwijze vermeden. Deze uniformering kan tot een beperking van de mogelijkheden voor het lokaal maatwerk bij de bestrijding van de epidemie leiden, maar sluit deze niet geheel uit. Bij de sturingsbevoegdheid kan – waar mogelijk – ruimte behouden blijven voor regionale of lokale flexibiliteit of maatwerk en fijnmazige inzet (bijvoorbeeld gericht op sociaal-kwetsbare groepen). Bij de vaccinatie tijdens de covid-19-epidemie is dat ook van groot belang gebleken.

Voor zover de vraag van de betreffende leden betrekking heeft op de aanwijzing van vaccinatielocaties is relevant dat de sturing van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD daar geen betrekking op heeft. Voor bestrijdingstaken die een breder en meer multidisciplinair karakter hebben en waarbij vraagstukken op het gebied van openbare orde en veiligheid een rol spelen bestaat de directe sturingslijn van de Minister van VWS richting de voorzitter van de veiligheidsregio's. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij onder meer gedacht aan de opdracht van de Minister van VWS aan de voorzitter van de veiligheidsregio om met inachtneming van bepaalde voorwaarden (zoals bereikbaarheid voor burgers) een bepaalde test- of vaccinatiecapaciteit in de veiligheidsregio te organiseren. De voorzitters van de veiligheidsregio's zullen in dat kader voor de eigen regio de noodzakelijke locaties organiseren, en daartoe waar nodig overleggen met de burgemeester of de portefeuillehouder van de betrokken gemeente. In het verlengde daarvan zal de voorzitter van de veiligheidsregio ook overleggen met de GGD'en. Bij de aanwijzing van de locaties is – binnen de kaders van de opdracht van de Minister van VWS – ruimte voor maatwerk zodat waar mogelijk wordt aangesloten op de lokale of regionale omstandigheden.

*Ten aanzien van de democratische controle vragen de leden van de ChristenUnie-fractie om nader toe te lichten hoe deze geborgd is. Deze leden lezen dat de regering de dPG als verlengstuk van het GGD-bestuur zien. Zijn de gemeenteraden nog steeds de aangewezen controleorganen? Of is dit de Tweede Kamer, omdat de aansturing vanuit het Ministerie van VWS komt? Zijn alle geleerde lessen uit de coronatijd ten aanzien van de democratische controle toegepast?*

De voorgestelde rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS op de dPG'en van de GGD'en doorkruist inderdaad de lokale autonomie. Deze directe sturingslijn geldt echter uitsluitend in de warme fase, dus ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Zoals de Afdeling advisering van de Raad van State in haar advies benoemt, is het begrijpelijk en noodzakelijk dat in een crisissituatie de lokale autonomie ondergeschikt is aan het (landelijke) belang van een uniforme aanpak van de bestrijding. Dat betekent niet dat democratische controle in het geheel ontbreekt. Op dit punt komt een belangrijke rol toe aan de controlerende taak van de Tweede Kamer die kan toezien op de wijze waarop de Minister van VWS de sturingsbevoegdheid richting dPG van GGD inzet en heeft ingezet.

In de koude fase vindt de sturing op de wijze waarop de GGD'en de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding uitvoeren plaats via kaderstelling. Dit sluit aan op het uitgangspunt dat sturing op decentraal

belegde taken, juist in het licht van de lokale autonomie, via wet- en regelgeving dient te geschieden.

### **2.2.2 Verhouding met sturingsbevoegdheid richting voorzitters veiligheidsregio's**

**De leden van de PVV-fractie** constateren dat de focus ook bij deze Tweede tranche wijziging WPG vooral op infectiebestrijding ligt en niet op maatschappelijke gevolgen en sociale impact. Dat past misschien ook niet in deze wet maar hoe wordt dan gewaarborgd dat er niet alleen gefocust wordt op het reduceren van besmettingen?

Om de sociaalmaatschappelijke kennis en het sociaalwetenschappelijke perspectief beter te borgen in de besluitvorming en de ambtelijke advisering over het coronabeleid is per 1 september 2022 het MIT ingesteld.<sup>50</sup> Het MIT doet dit door middel van de uitvoering van haar werkprogramma door gevraagd en ongevraagd te adviseren op de sociaalmaatschappelijke impact van pandemie gerelateerd beleid, op basis van kennis uit de literatuur, van experts en uit de praktijk.

Bij de evaluatie van het MIT wordt ook ingegaan op de vraag hoe deze kennis het beste kan worden betrokken in de besluitvorming tijdens een toekomstige pandemie. De evaluatie wordt in het voorjaar gedeeld met uw Kamer. Daarnaast zal het MIT medio 2024 adviseren over het opbouwen van een structurele, toekomstbestendige kennisbasis over de maatschappelijke impact van pandemieën en pandemiemaatregelen en de daarvoor benodigde mensen en middelen. Vooruitlopend hierop is vanuit het beleidsprogramma pandemische paraatheid de inzet reeds gericht op kennisontwikkeling over gedrag en maatschappij.<sup>51</sup> Aan de afdeling Gedrag en Gezondheid van het RIVM (voorheen de Gedragsunit), is opdracht gegeven om de kennisbasis over gedrag in relatie tot pandemieën en het netwerk dat deze kennis ontwikkelt en gebruikt up-to-date te houden. Dit met oog voor individuele en collectieve gezondheid, welzijn en draagvlak. Daarnaast is een kennisprogramma over maatschappij en gedrag gestart bij ZonMw.

Het kabinet vraagt bij maatregelen in verband met een pandemie ook advies aan het BAO, waarin ook een vertegenwoordiger van de veiligheidsregio plaats neemt, over de bestuurlijke wenselijkheid en haalbaarheid van voorgestelde maatregelen. Daarbij kunnen ook zaken die raken aan de openbare orde en veiligheid aan de orde komen.

*Medische maatregelen kunnen nevenschade veroorzaken, als onrust, polarisatie en rellen, wat raakt aan de openbare orde en veiligheid! De leden van de PVV-fractie missen dan ook duidelijke definities waarin de rol- en taakverdeling van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG), voorzitter Veiligheidsregio en burgemeester helder verwoord zijn. Graag een toelichting van de zijde van de regering.*

Ingeval van specifieke crises- en rampsituaties die het domein van de volksgezondheid raken, zoals een epidemie van een A-infectieziekte, is naast de Wpg ook de Wet veiligheidsregio's (Wvr) van toepassing. Met de Wvr is de brandweerzorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening onder regionale bestuurlijke regie

<sup>50</sup> Instellingsbesluit Commissie Maatschappelijk Impact Team (Stcrt. 2022, 22807). Zie ook Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1883 en Kamerstukken II 2021/22, 25 295, nr. 1936. Het MIT is ingesteld voor de duur van twee jaar met de mogelijkheid van verlenging (artikel 4 van het instellingsbesluit)

<sup>51</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2147.

gebracht om de diensten die bij de primaire hulpverlening bij rampen en crises worden ingezet zo adequaat mogelijk aan te kunnen sturen. In 2011 is de Wpg aangepast om deze zo goed mogelijk op de Wvr aan te laten sluiten.<sup>52</sup> Dit heeft tot het volgende stelsel geleid. Op gemeentelijk niveau is de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding belegd bij het college van burgemeester en wethouders en de (directe voorbereiding op de) bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C bij de burgemeester. Ter zake van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte voorziet de Wpg in bestuurlijke opschaling vanuit de gedachte dat het hier om een grootschalige epidemie kan gaan, waarbij de gemeentelijke schaal te beperkt is voor adequate bestrijding ervan.

Op grond van de Wpg is het aan het bestuur van de veiligheidsregio om zorg te dragen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en is de voorzitter van de veiligheidsregio belast met de daadwerkelijke bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De Wpg en de Wvr sluiten hiermee op elkaar aan, in die zin dat de crisisbevoegdheid en het gezag inzake de openbare orde en veiligheid in één hand zijn belegd, namelijk ofwel bij de voorzitter van de veiligheidsregio als het gaat om de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte dan wel bij de burgemeester ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot een andere groep. Deze congruentie is ook doorgevoerd op het niveau van de GGD'en. Zo komen de werkgebieden van de GGD'en overeen met de veiligheidsregio's en is de dPG belast met de leiding van zowel de GGD als de GHOR, zodat ook op dit niveau bij een crisis sprake is van een éénhoofdig gezag. Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio, de burgemeester en de dPG binnen dit stelsel.

***De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om nadere toelichting op de hiërarchische verhouding tussen de voorzitter van de veiligheidsregio en de dPG. Zijn er situaties in de warme fase denkbaar waarin de voorzitter van de veiligheidsregio de dPG aanstuurt?***

De sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD is op verschillende wijzen begrensd. In het kader van de vraag van de betreffende leden is daarbij onder meer relevant dat de sturingsbevoegdheid nadrukkelijk ziet op het treffen van medisch-operationele voorzieningen door de GGD'en ten behoeve van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij met name gedacht aan sturing op voorzieningen in verband met het grootschalig testen van mensen, het grootschalig uitvoeren van bron-en contactonderzoek en het, indien aan de orde, grootschalig vaccineren van mensen. Voor bestrijdingstaken die een breder en meer multidisciplinair karakter hebben en waarbij vraagstukken op het gebied van openbare orde en veiligheid een rol spelen bestaat de directe sturingslijn van de Minister van VWS richting de voorzitter van de veiligheidsregio's. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij onder meer gedacht aan de opdracht van de Minister van VWS aan de voorzitter van de veiligheidsregio om met inachtneming van bepaalde voorwaarden (zoals bereikbaarheid voor burgers) een bepaalde test- of vaccinatiecapaciteit in de veiligheidsregio te organiseren. De voorzitters van de veiligheidsregio's zullen in dat kader voor de eigen regio de noodzakelijke locaties organiseren, en daartoe waar nodig overleggen met de burgemeester of de portefeuillehouder van de betrokken gemeente. In het verlengde daarvan zal de voorzitter van de veiligheidsregio ook overleggen met de GGD'en. Hierbij kan bijvoorbeeld

<sup>52</sup> Stb. 2011, 285.

worden gedacht aan de inrichting van de verkeersstromen op het terrein van de vaccinatielocatie en de aanwezigheid van beveiliging.

### **2.2.3 Kaderstelling uniforme uitvoering GGD'en**

**De leden van de VVD-fractie** benadrukken het belang van een goed werkend ICT-systeem, zeker wanneer dit landelijk gebruikt wordt. Zij lezen dat naar verwachting kaders worden opgenomen in de regelgeving bij algemene maatregel van bestuur om te bereiken dat informatievoorziening en ICT zullen voldoen aan de benodigde stuurbaarheid, wendbaarheid en schaalbaarheid van processen, systemen en organisatie in de pandemische fase. Waar hangt het nog van af of dit wel of niet zal worden opgenomen in de regelgeving? Welke partijen zijn allemaal betrokken bij deze ontwikkeling? En welke lessen uit de coronapandemie zijn getrokken als het aankomt op het tegelijk op grote schaal gebruik maken van een (registratie)systeem?

Welke kaders en eisen opgenomen worden in regelgeving is het resultaat van een afweging tussen het vastleggen van de elementen die strikt noodzakelijk zijn om de paraatheid van het beoogde IV-landschap in de infectieziektebestrijdingsketen (IZB) te borgen enerzijds, en het behouden van voldoende ruimte en flexibiliteit voor noodzakelijk maatwerk anderzijds. De LFI heeft de kaders en eisen die de paraatheid borgen – lerend van de covid-19-epidemie – samen met de GGD'en, GGD GHOR Nederland, het RIVM en experts ter zake opgesteld. Het voornemen is om die te borgen in de regelgeving.

De concrete operationalisatie van voormelde kaders en eisen wordt niet opgenomen in de regelgeving, omdat dit onder impuls van technologische ontwikkelingen en voortschrijdend inzicht kan veranderen en het niet wenselijk is om de gewenste doorontwikkeling(en) afhankelijk te maken van een vereiste wijziging van de regelgeving. Zo is nu bijvoorbeeld niet te voorspellen over welk type uitbraak het in de toekomst zal gaan, welke type diagnostiek daar bij komt kijken, of

welke (zorg)partners betrokken worden bij de bestrijding. Dergelijke operationalisaties worden opgenomen in een doelarchitectuur: een technisch basisontwerp voor het beoogde pandemisch parate IV-landschap in het IZB-domein waarin alle operationalisaties van de vastgelegde kaders en eisen zijn opgenomen.

Tot slot zijn sommige kaders en eisen, denk bijvoorbeeld aan privacy (AVG) of cyberveiligheid (binnen afzienbare tijd NIS2 en CER), vastgelegd in andere wettelijke kaders dan de Wpg. Het is dan niet nodig om deze ook in de (lagere) regelgeving onder de Wpg op te nemen.

Naast de hiervoor genoemde partijen zullen ook andere partijen op de gepaste momenten in het proces van ontwikkeling worden betrokken. Denk aan burgers – daar waar het gaat over regie en toegang tot de eigen gegevens met een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) –, aan zorgaanbieders die vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding gegevens uitwisselen met de publieke partners in het IZB-domein of aan laboratoria die noodzakelijke diagnostiek voor hun rekening nemen<sup>53</sup>.

**De leden van de BBB-fractie** zijn van mening dat de achterhoek niet gelijk is aan de randstad. Echter willen de leden wel dat er voor regionale GGD-besturen de ruimte blijft om binnen landelijke afspraken ruimte te houden voor regionale flexibiliteit. Regio's zijn nou eenmaal verschillend, in sommige steden was bijvoorbeeld het gebruik van een vaccinatiebus in

<sup>53</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 2106.

*bepaalde wijken effectiever dan iedereen op te roepen naar een groot-schalige vaccinatiestraat te komen. Deze flexibiliteit blijft altijd belangrijk om in crisistijd ook op lokaal of regionaal niveau te kunnen aansluiten op de specifieke context. Hoe kijkt de regering hiernaar?*

Met de directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG van de GGD voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte wordt meer uniformiteit bereikt en worden onduidelijkheden, fragmentatie en diversiteit in werkwijze vermeden. Deze uniformering kan tot een beperking van de mogelijkheden voor het lokaal maatwerk bij de bestrijding van de epidemie leiden, maar sluit deze niet geheel uit. Bij de sturingsbevoegdheid kan – waar mogelijk – ruimte behouden blijven voor regionale of lokale flexibiliteit of maatwerk en fijnmazige inzet (bijvoorbeeld gericht op sociaal-kwetsbare groepen). Bij de vaccinatie tijdens de covid-19-epidemie is dat ook van groot belang gebleken.

Voor zover de vraag van de betreffende leden specifiek betrekking heeft op de aanwijzing van vaccinatielocaties is relevant dat de sturing van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD daar geen betrekking op heeft. Voor bestrijdingstaken die een breder en meer multidisciplinair karakter hebben en waarbij vraagstukken op het gebied van openbare orde en veiligheid een rol spelen bestaat de directe sturingslijn van de Minister van VWS richting de voorzitter van de veiligheidsregio's. Zoals is aangegeven in de memorie van toelichting, wordt hierbij onder meer gedacht aan de opdracht van de Minister van VWS aan de voorzitter van de veiligheidsregio om met inachtneming van bepaalde voorwaarden (zoals bereikbaarheid voor burgers) een bepaalde test- of vaccinatiecapaciteit in de veiligheidsregio te organiseren. De voorzitters van de veiligheidsregio's zullen in dat kader voor de eigen regio de noodzakelijke locaties organiseren, en daartoe waar nodig overleggen met de burgemeester of de portefeuillehouder van de betrokken gemeente. In het verlengde daarvan zal de voorzitter van de veiligheidsregio ook overleggen met de GGD'en. Bij de aanwijzing van de locaties is – binnen de kaders van de opdracht van de Minister van VWS – ruimte voor maatwerk zodat waar mogelijk wordt aangesloten op de lokale of regionale omstandigheden.

*Tot slot vinden de leden van de BBB-fractie een landelijk werkend ICT-platform van groot belang, waarbij het goed is dat dit aansluit op de bestaande ICT-ambities van gemeenten en GGD'en. Hoe kijkt de regering aan tegen een voorstel om de regie te houden over de ontwikkeling van een gebruiksvriendelijk systeem voor patiëntgegevens dat voor patiënten en zorgprofessionals voelt als één systeem; het zorgproces optimaal ondersteunt en de administratielast vermindert, onder meer door het nastreven van eenmalige registratie voor meervoudig gebruik en waar ook ICT-leveranciers aan worden gehouden?*

Ik deel de wens van de leden van de BBB-fractie om te komen tot een landelijk samenwerkend geheel van IV en ICT voorzieningen in het IZB-domein. Zoals eerder aangegeven in de beleidsbrieven pandemische paraatheid<sup>54</sup> werk ik met de publieke partners GGD'en, GGD GHOR Nederland en het RIVM aan de realisatie van zo'n landschap. Cruciaal is dat hierin de juiste informatie, op het juiste moment en op de juiste plek beschikbaar is én voldoet aan de gestelde kaders en eisen voor pandemische paraatheid. Daartoe worden de nodige kaders en eisen opgenomen in de regelgeving. Uiteraard zullen alle onderdelen van dit

<sup>54</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2147 en Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 2106.

IV-landschap ook moeten voldoen aan de (inter)nationale standaarden omtrent bijvoorbeeld privacy en cyberveiligheid.

Op die manier realiseer ik met de genoemde publieke partners een IV-landschap dat de professionals in het IZB-domein in staat stelt om dag in dag uit met deze systemen hun werk slagvaardig, flexibel en betrouwbaar uit te voeren. Bij een uitbraak zullen de systemen (en de bijbehorende processen) bovendien op kunnen schalen, zodat grotere aantallen professionals gelijktijdig in de systemen kunnen werken, en grote hoeveelheden data verwerkt en uitgewisseld kunnen worden. Daarnaast zullen ook burgers en onderzoekers voor secundaire doeleinden – zoals inzicht in de eigen gegevens via een Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) of onderzoek – (her)gebruik kunnen maken van de gegevens in dit IV-landschap.

***De leden van de CDA-fractie vragen wat de planning is voor het uitwerken van de kaders in een algemene maatregel van bestuur.***

Ik streef er naar om de algemene maatregel van bestuur tegelijkertijd met het onderhavige wetsvoorstel in werking te laten treden.

***De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om nadere toelichting op de sturing in de koude fase. Deze leden kunnen nog niet goed uit de memorie van toelichting opmaken waar de verantwoordelijkheid ligt in deze fase. Zij zien het zo dat in de voorbereidingsfase het GGD-bestuur in overleg met de dPG verantwoordelijk is. Is er dan geen parallelle sturing vanuit het Rijk mogelijk? Genoemde leden maken zich zorgen dat de governance niet helder is.***

Voor de wijze van sturing in de koude fase is aangesloten bij het uitgangspunt dat sturing op decentraal belegde taken gebeurt door wet- en regelgeving. Hiertoe is in het onderhavige wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders (kort gezegd) de algemene infectieziektebestrijding laat uitvoeren door de GGD, zo nodig in samenwerking met andere colleges van burgemeester en wethouders en hun GGD'en. Op dit moment wordt gewerkt aan de uitwerking van deze kaders. In de koude fase is dus geen sprake van een rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS richting de dPG'en van de GGD'en; die geldt uitsluitend in de warme fase.

Het wetsvoorstel wijzigt niets aan de bestuurlijke organisatie van de GGD'en en de positie van de dPG, zoals neergelegd in de Wpg in samenhang met de Wet gemeenschappelijke regelingen. Aansturing van de GGD'en is een vorm van verlengd lokaal bestuur. De GGD – een openbaar lichaam – wordt bij gemeenschappelijke regeling ingesteld door de colleges van burgemeester en wethouders in een regio. Het algemeen bestuur bestaat uit één lid per deelnemende gemeente, veelal de wethouder volksgezondheid. Het betreffende lid verantwoordt zich richting het college van burgemeester en wethouders van de eigen gemeente over de taakuitoefening door de GGD, waaronder de algemene infectieziektebestrijding. De wethouders verantwoorden zich over hun eigen handelen ook richting de gemeenteraad. Gemeenteraden kunnen via kaderstelling en controle sturen op de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding door het college van burgemeester en wethouders via de GGD. Hiertoe voorziet de Wet gemeenschappelijke regeling in verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld gericht op het door de gemeenteraad ter verantwoording roepen van een lid van het algemeen bestuur en het recht op informatie.



#### **2.2.4 Specifieke uitkering kaderstelling uniforme uitvoering GGD'en.**

**De leden van de SP-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat met dit wetsvoorstel «wordt beoogd te voorzien in een passende bekostigings-systeem voor de kosten die voortvloeien uit «de kaderstelling om te komen tot een meer uniforme uitvoering van de voorbereiding op een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte». Zij merken echter op dat het toegenomen belang van pandemische paraatheid en preventie in brede zin er ook voor zorgt dat een ruimere financiering van de GGD'en voor hun bestaande taken wenselijk is. In hoeverre is de regering van mening dat de huidige financiering van de GGD'en daarvoor voldoet? Is de regering bereid om daar ook meer financiële ruimte voor beschikbaar te stellen?

Om inzicht te krijgen in de capaciteit (zowel kwantitatief als kwalitatief) van de infectieziektebestrijding bij de GGD'en en de invloed die de covid-19-epidemie daarop heeft gehad, heeft het bureau Andersson Elffers Felix, in opdracht van mijn voorganger, een onderzoek uitgevoerd naar de IZB-capaciteit bij GGD'en over de peiljaren 2019 en 2022. Daarbij is gekeken naar het reguliere IZB-takenpakket van de GGD'en, waaronder de algemene infectieziektebestrijding, het bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen en tuberculose, de technische hygiënezorg en reizigerszorg. Ook is gekeken naar geleerde lessen uit de covid-19-epidemie voor de capaciteit en organisatie van de reguliere infectieziektebestrijding en de paraatheid ervan. Dit onderzoek heeft geresulteerd in het rapport «Capaciteit infectieziektebestrijding in beeld» dat ik op 23 februari 2023 aan uw Kamer heb toegestuurd.<sup>55</sup> Het rapport is een bouwsteen voor de benodigde structurele investeringen in de versterking van de infectieziektebestrijding.

Vooruitlopend op de structurele versterking is door de GGD'en een plan van aanpak voor de korte termijn (2023–2024) opgesteld met als doel ervoor te zorgen dat GGD'en een belangrijke stap kunnen zetten om de basis van de infectieziektebestrijding te versterken. Dit programma, getiteld «Versterking infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en» (VIP) heeft uw Kamer reeds ontvangen als bijlage bij mijn brief van 31 januari 2023.<sup>56</sup> Voor 2023 en 2024 is voor de uitvoering van het VIP-programma jaarlijks ruim 38 miljoen euro beschikbaar. GGD'en krijgen deze financiële middelen via een specifieke uitkering in aanvulling op de reguliere financiering via de gemeenten.

Vanaf 2025 wordt er structureel geïnvesteerd in de infectieziektebestrijding bij GGD'en.<sup>57</sup> GGD'en worden daarmee in staat gesteld de vergrote capaciteit die voortkomt uit de uitvoering van het tweejarig VIP-programma te bestendigen en te voldoen aan de centrale eisen die aan hen gesteld worden ten aanzien van pandemische paraatheid. Concreet zijn de structurele middelen zowel bedoeld voor het behoud van de ingezette (personele) capaciteitsuitbreiding als voor de verdere versterking van bovenregionale samenwerking, onderzoek, opleidingen, en bij- en nascholing. Daarnaast wordt de capaciteit bij de GGD'en, verder uitgebreid met coördinatoren pandemische paraatheid. Voor de versterking van GGD'en is structureel € 45,8 miljoen beschikbaar. Dit is inclusief een investering in capaciteit bij de Diensten PG op de eilanden Bonaire, Saba en Sint Eustatius.

<sup>55</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 2018.

<sup>56</sup> Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 2000.

<sup>57</sup> Kamerstukken II 2023/24, 25 295, nr. 2147 en Kamerstukken II 2022/23, 25 295, nr. 2106.

*De leden van de SP-fractie lezen dat er voor de verantwoording over de besteding van de specifieke uitkering straks «jaarlijks eenmalig informatie wordt verstrekt en een eenmalige accountantscontrole is vereist». Kan de regering een inschatting geven van de hoeveelheid tijd en geld die dit zal gaan kosten voor de GGD'en? Is er ook een verantwoordingssystematiek denkbaar met minder administratieve lasten?*

Het is voor de regering niet mogelijk om een inschatting te maken hoeveel tijd een individuele GGD nodig heeft om de besteding van de specifieke uitkering gericht op de versterking van de GGD'en te verantwoorden. En daarmee ook niet hoeveel geld dit kost. Het is echter wel zo dat de systematiek van «single information, single audit» (SiSa), die standaard wordt gehanteerd bij de verantwoording over de besteding van een specifieke uitkering, erop gericht is om de verantwoording zo eenvoudig en simpel mogelijk te maken met gemakkelijk in te vullen indicatoren zoals bijvoorbeeld «is de activiteit volgens plan uitgevoerd». De verantwoording van de specifieke uitkering gebeurt tegelijk met de verantwoording van de andere middelen die de GGD'en hebben ontvangen via een andere specifieke uitkering voor hun andere activiteiten.

***De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of het in de praktijk duidelijk zal zijn welke kosten regulier zijn en welke niet.***

Met de specifieke uitkering zullen de kosten worden vergoed die GGD'en maken om uitvoering te geven aan de kaderstelling pandemische paraatheid. Het gaat daarbij om additionele kosten die via additionele middelen in de vorm van een specifieke uitkering worden vergoed. Met het onderhavige wetsvoorstel wordt een wettelijke basis gecreëerd om regels te stellen over deze specifieke uitkering. In deze regels zal worden omschreven voor welke activiteiten en aldus kosten de specifieke uitkering is bedoeld, en daarbij zal het uitgangspunt zijn dat het gaat om de voornoemde additionele kosten. De reguliere kosten zijn de kosten die de GGD'en ook zouden maken zonder de kaderstelling.

### **2.2.5 Caribisch Nederland**

*De regering geeft aan dat het deel van het wetsvoorstel dat ziet op de kaderstelling niet van toepassing is in Caribisch Nederland. **De leden van de CDA-fractie** vragen hoe er zorg wordt gedragen dat in Caribisch Nederland bijvoorbeeld passende ICT-systemen beschikbaar zijn. Worden hier ook financiële middelen voor beschikbaar gesteld?*

Er worden vanuit het beleidsprogramma pandemische paraatheid op dit moment geen middelen beschikbaar gesteld om passende ICT-systemen in Caribisch Nederland te realiseren. De in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde kaderstelling is ook niet van toepassing in Caribisch Nederland.

In Caribisch Nederland werkt een deel van de zorginstellingen nog met papieren patiëntendossiers en daar waar wel sprake is van digitalisering (huisartsenzorg) is er geen sprake van gestructureerde uitwisseling van gegevens. De huidige informatievoorziening in Caribisch Nederland biedt niet de juiste basis voor zorgverleners om zorginformatie eenduidig vast te leggen en digitaal uit te wisselen. Dit geldt ook voor uitwisseling met de omliggende landen Curaçao, Aruba en Sint Maarten (CAS).

Ter versterking van gestructureerde elektronische uitwisseling van gegevens in Caribisch Nederland, onderzoek ik of financiële middelen kunnen worden vrijgemaakt vanuit de coalitieakkoordmiddelen voor standaardisatie van gegevensuitwisseling. In de voorjaarsnota 2024 zijn

financiële middelen voor 2024 beschikbaar gesteld en in aanloop naar de ontwerpbegroting 2025 wordt onderzocht of financiële middelen meerjarig kunnen worden vrijgemaakt.

Vanuit het beleidsprogramma pandemische paraatheid zorg ik voor het delen van kennis en best-practices met Caribisch Nederland, die in Nederland onder meer worden opgedaan met het ontwikkelen van het pandemisch parate IV-landschap in het IZB-domein. Daartoe maak ik gebruik van de health hub, die ik in 2023 samen met Caribisch Nederland heb ingericht.

Tot slot zijn vanuit het beleidsprogramma pandemische paraatheid wel middelen beschikbaar gesteld op het gebied van kennis voor het versterken van de pandemische paraatheid in Caribisch Nederland. Zo is in het Kennisprogramma Pandemische Paraatheid van ZonMw een stimuleringsimpuls beschikbaar gesteld, specifiek gericht op Caribisch Nederland.<sup>58</sup>

Hoewel de kaderstelling dus niet van toepassing is in Caribisch Nederland, zal ik mij er voor inspannen om op de eilanden Bonaire, Sint Eustatius en Saba, waar nodig in relatie met Curaçao, Aruba en Sint Maarten (CAS), de pandemische paraatheid te versterken.

### **3. Verhouding tot andere (voorgenomen) regelgeving**

#### **3.1 Wet veiligheidsregio's (Wvr)**

*De leden van de VVD-factie lezen dat de reeds bestaande bevoegdheid van de Minister van VWS om de voorzitter van de veiligheidsregio op te dragen hoe de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte ter hand te nemen, niet het treffen van medisch-operationele voorzieningen omvat. Hoe gaat de regering waarborgen dat er een goede aansluiting tussen de Wpg en Wvr blijft bestaan, zeker waar het gaat om de invulling van de definitie van medisch operationele voorzieningen?*

Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio zoals geregeld in de Wpg en Wvr en de aansluiting tussen beide wetten. De aanleiding voor het wetsvoorstel is gelegen in het feit dat tijdens de covid-19-epidemie duidelijk werd dat getrapte sturing van de Minister van VWS op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen te omslachtig was en zich bovendien niet goed verhiel met het werkkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio. Dit heeft tijdens de covid-19-epidemie geleid tot een informele directe afstemmingslijn tussen de Minister van VWS en de dPG, die met het onderhavige wetsvoorstel wettelijk wordt vastgelegd.

Voor zover de vraag van de betreffende leden ziet op de afbakening tussen de twee sturingsbevoegdheden van de Minister van VWS op enerzijds de voorzitter van de veiligheidsregio en anderzijds op de dPG van de GGD, geldt het volgende. Onder deskundigen is brede consensus dat bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren als medisch-operationele voorzieningen kunnen worden aangemerkt. De bestrijding van een volgende epidemie van een andersoortige infectieziekte kan echter noodzaken tot het treffen van voorzieningen van andere aard. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, brengt het onderhavige

<sup>58</sup> <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/vooraankondiging-subsidierondes-stimuleringsimpuls-pandemische-paraatheid-en-fair-data-0>

wetsvoorstel geen wijziging aan ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Of sprake is van medisch-operationele voorzieningen zal in de regel dus volgen uit de adviezen van deskundigen.

*Daarnaast vragen de leden van de VVD-fractie hoe bij de aansluiting tussen de Wpg en Wvr recht wordt gedaan aan de verschillende bevoegdheden DPG, voorzitter veiligheidsraad en burgemeester?*

Met de Wvr is de brandweezorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening onder regionale bestuurlijke regie gebracht om de diensten die bij de primaire hulpverlening bij rampen en crises worden ingezet zo adequaat mogelijk aan te kunnen sturen. De Wvr raakt aan de Wpg ingeval van specifieke crises- en rampsituaties die het domein van de volksgezondheid raken, zoals een epidemie van een A-infectieziekte. In 2011 is de Wpg aangepast om deze zo goed mogelijk op de Wvr aan te laten sluiten.<sup>59</sup> Dit heeft tot het volgende stelsel geleid. Op gemeentelijk niveau is de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding belegd bij het college van burgemeester en wethouders en de (directe voorbereiding op de) bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C bij de burgemeester. Ter zake van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte voorziet de Wpg in bestuurlijke opschaling vanuit de gedachte dat het hier om een grootschalige epidemie kan gaan, waarbij de gemeentelijke schaal te beperkt is voor adequate bestrijding ervan. Op grond van de Wpg is het aan het bestuur van de veiligheidsregio om zorg te dragen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en is de voorzitter van de veiligheidsregio belast met de daadwerkelijke bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De Wpg en de Wvr sluiten hiermee op elkaar aan, in die zin dat de crisisbevoegdheid en het gezag inzake de openbare orde en veiligheid in één hand zijn belegd, namelijk ofwel bij de voorzitter van de veiligheidsregio als het gaat om de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte dan wel bij de burgemeester ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot een andere groep. Deze congruentie is ook doorgevoerd op het niveau van de GGD'en. Zo komen de werkgebieden van de GGD'en overeen met de veiligheidsregio's en is de dPG belast met de leiding van zowel de GGD als de GHOR, zodat ook op dit niveau bij een crisis sprake is van een éénu hoofdig gezag. Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio, de burgemeester en de dPG binnen dit stelsel.

*Infectieziektebestrijding is onderdeel van publieke gezondheid en crisisbeheersing en raakt daarmee aan zowel de Wpg als de Wvr. **De leden van de NSC-fractie** vragen de regering hoe bij de aansluiting tussen de Wpg en Wvr recht wordt gedaan aan de verschillende bevoegdheden DPG, voorzitter veiligheidsraad en burgemeester.*

Met de Wvr is de brandweezorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening onder regionale bestuurlijke regie gebracht om de diensten die bij de primaire hulpverlening bij rampen en crises worden ingezet zo adequaat mogelijk aan te kunnen sturen. De Wvr raakt aan de Wpg ingeval van specifieke crises- en rampsituaties die het domein van de volksgezondheid raken, zoals een epidemie van een infectieziekten. In 2011 is de Wpg aangepast om deze zo

<sup>59</sup> Stb. 2011, 285.

goed mogelijk op de Wvr aan te laten sluiten.<sup>60</sup> Dit heeft tot het volgende stelsel geleid. Op gemeentelijk niveau is de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding belegd bij het college van burgemeester en wethouders en de (directe voorbereiding op de) bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C bij de burgemeester. Ter zake van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte voorziet de Wpg in bestuurlijke opschaling vanuit de gedachte dat het hier om een grootschalige epidemie kan gaan, waarbij de gemeentelijke schaal te beperkt is voor adequate bestrijding ervan. Op grond van de Wpg is het aan het bestuur van de veiligheidsregio om zorg te dragen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en is de voorzitter van de veiligheidsregio belast met de daadwerkelijke bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De Wpg en de Wvr sluiten hiermee op elkaar aan, in die zin dat de crisisbevoegdheid en het gezag inzake de openbare orde en veiligheid in één hand zijn belegd, namelijk ofwel bij de voorzitter van de veiligheidsregio als het gaat om de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte dan wel bij de burgemeester ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot een andere groep. Deze congruentie is ook doorgevoerd op het niveau van de GGD'en. Zo komen de werkgebieden van de GGD'en overeen met de veiligheidsregio's en is de dPG belast met de leiding van zowel de GGD als de GHOR, zodat ook op dit niveau bij een crisis sprake is van een éénhoofdig gezag. Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio, de burgemeester en de dPG binnen dit stelsel.

***De leden van de D66-fractie vragen de regering hoe het begrip «medisch-operationele voorzieningen» genoeg wordt afgebakend? Hoe blijft de aansluiting tussen de Wvr en Wpg hierbij geborgd?***

Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio zoals geregeld in de Wpg en Wvr en de aansluiting tussen beide wetten. De aanleiding voor het wetsvoorstel is gelegen in het feit dat tijdens de covid-19-epidemie duidelijk werd dat getrapte sturing van de Minister van VWS op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen te omslachtig was en zich bovendien niet goed verhiel met het werkkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio. Dit heeft tijdens de covid-19-epidemie geleid tot een informele directe afstemmingslijn tussen de Minister van VWS en de dPG, die met het onderhavige wetsvoorstel wettelijk wordt vastgelegd.

Voor zover de vraag van de betreffende leden ziet op de afbakening tussen de twee sturingsbevoegdheden van de Minister van VWS op enerzijds de voorzitter van de veiligheidsregio en anderzijds op de dPG van de GGD, geldt het volgende. Onder deskundigen is brede consensus dat bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren als medisch-operationele voorzieningen kunnen worden aangemerkt. De bestrijding van een volgende epidemie van een andersoortige infectieziekte kan echter noodzaken tot het treffen van voorzieningen van andere aard. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, brengt het onderhavige wetsvoorstel geen wijziging aan ten aanzien van de vraag *of* voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, *welke* voorzieningen. Of sprake is van medisch-operationele voorzieningen zal in de regel dus volgen uit de adviezen van deskundigen.

---

<sup>60</sup> Stb. 2011, 285.

*Het is cruciaal om duidelijke definities op te stellen zodat rol- en taakverdeling van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en voorzitter Veiligheidsregio helder zijn. Met name de definitie «medisch operationele voorziening» dient te worden afgebakend en verhelderd. Dit is nodig om verwarring met de algemene operationele voorzieningen te voorkomen.*

**De leden van de CDA-fractie** vragen daarom hoe de regering gaat waarborgen dat er een goede aansluiting tussen de Wpg en Wvr blijft bestaan, zeker waar het gaat om de invulling van de definitie van medisch operationele voorzieningen.

Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio zoals geregeld in de Wpg en Wvr en de aansluiting tussen beide wetten. De aanleiding voor het wetsvoorstel is gelegen in het feit dat tijdens de covid-19-epidemie duidelijk werd dat getrapte sturing van de Minister van VWS op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen te omslachtig was en zich bovendien niet goed verhiel met het werkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio. Dit heeft tijdens de covid-19-epidemie geleid tot een informele directe afstemmingslijn tussen de Minister van VWS en de dPG, die met het onderhavige wetsvoorstel wettelijk wordt vastgelegd.

Voor zover de vraag van de betreffende leden ziet op de afbakening tussen de twee sturingsbevoegdheden van de Minister van VWS op enerzijds de voorzitter van de veiligheidsregio en anderzijds op de dPG van de GGD, geldt het volgende. Onder deskundigen is brede consensus dat bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren als medisch-operationele voorzieningen kunnen worden aangemerkt. De bestrijding van een volgende epidemie van een andersoortige infectieziekte kan echter noodzaken tot het treffen van voorzieningen van andere aard. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, brengt het onderhavige wetsvoorstel geen wijziging aan ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Of sprake is van medisch-operationele voorzieningen zal in de regel dus volgen uit de adviezen van deskundigen.

*De leden van de CDA-fractie vragen in dat verband of de regering zich kan vinden in de definitie voor medische operationele voorzieningen zoals die door GGD GHOR Nederland wordt voorgesteld: operationele voorzieningen ter ondersteuning van de medische (be)handelingen in het kader van de bestrijding van de epidemie van een A1 of 2 ziekte.*

De regering heeft nadrukkelijk niet gekozen voor een definitie van «medisch-operationele voorzieningen» of een limitatieve opsomming van mogelijke voorzieningen die daaronder kunnen vallen, om te voorkomen dat bij een volgende (dreigende) epidemie van een andersoortige infectieziekte de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG te beperkt is afgebakend. Wel zal – ter nadere uitwerking en duiding voor de praktijk – bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd welke voorzieningen in ieder geval als medisch-operationele voorzieningen worden aangemerkt (niet-limitatief).

*Zij vragen ten slotte hoe bij de aansluiting tussen de Wpg en Wvr recht wordt gedaan aan de verschillende bevoegdheden DPG, voorzitter veiligheidsraad en burgemeester.*

Met de Wvr is de brandweezorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening onder regionale bestuurlijke regie gebracht om de diensten die bij de primaire hulpverlening bij

rampen en crises worden ingezet zo adequaat mogelijk aan te kunnen sturen. De Wvr raakt aan de Wpg ingeval van specifieke crises- en rampsituaties die het domein van de volksgezondheid raken, zoals een epidemie van een infectieziekten. In 2011 is de Wpg aangepast om deze zo goed mogelijk op de Wvr aan te laten sluiten.<sup>61</sup> Dit heeft tot het volgende stelsel geleid. Op gemeentelijk niveau is de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding belegd bij het college van burgemeester en wethouders en de (directe voorbereiding op de) bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep B1, B2 of C bij de burgemeester. Ter zake van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte voorziet de Wpg in bestuurlijke opschaling vanuit de gedachte dat het hier om een grootschalige epidemie kan gaan, waarbij de gemeentelijke schaal te beperkt is voor adequate bestrijding ervan. Op grond van de Wpg is het aan het bestuur van de veiligheidsregio om zorg te dragen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en is de voorzitter van de veiligheidsregio belast met de daadwerkelijke bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. De Wpg en de Wvr sluiten hiermee op elkaar aan, in die zin dat de crisisbevoegdheid en het gezag inzake de openbare orde en veiligheid in één hand zijn belegd, namelijk ofwel bij de voorzitter van de veiligheidsregio als het gaat om de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte dan wel bij de burgemeester ingeval van een epidemie van een infectieziekte behorend tot een andere groep. Deze congruentie is ook doorgevoerd op het niveau van de GGD'en. Zo komen de werkgebieden van de GGD'en overeen met de veiligheidsregio's en is de dPG belast met de leiding van zowel de GGD als de GHOR, zodat ook op dit niveau bij een crisis sprake is van een éénuhuldig gezag. Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijzigingen aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio, de burgemeester en de dPG binnen dit stelsel.

***De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de regering een goede aansluiting tussen de Wpg en de Wvr blijft borgen. Met name de definitie «medisch operationele voorziening» vraagt nog om extra duidelijkheid zodat verwarren met «algemene operationele voorzieningen» wordt voorkomen. Kan de regering hier meer helderheid in scheppen?***

Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio zoals geregeld in de Wpg en Wvr en de aansluiting tussen beide wetten. De aanleiding voor het wetsvoorstel is gelegen in het feit dat tijdens de covid-19-epidemie duidelijk werd dat getrapte sturing van de Minister van VWS op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen te omslachtig was en zich bovendien niet goed verhiel met het werkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio. Dit heeft tijdens de covid-19-epidemie geleid tot een informele directe afstemmingslijn tussen de Minister van VWS en de dPG, die met het onderhavige wetsvoorstel wettelijk wordt vastgelegd.

Voor zover de vraag van de betreffende leden ziet op de afbakening tussen de twee sturingsbevoegdheden van de Minister van VWS op enerzijds de voorzitter van de veiligheidsregio en anderzijds op de dPG van de GGD, geldt het volgende. Onder deskundigen is brede consensus dat bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren als medisch-operationele voorzieningen kunnen worden aangemerkt. De bestrijding van een volgende epidemie van een andersoortige infectieziekte kan echter noodzaken tot het treffen van voorzieningen van andere aard. Zoals

<sup>61</sup> Stb. 2011, 285.

in de memorie van toelichting is aangegeven, brengt het onderhavige wetsvoorstel geen wijziging aan ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Of sprake is van medisch-operationele voorzieningen zal in de regel dus volgen uit de adviezen van deskundigen.

Voor zover de betreffende leden verwarring met algemene operationele voorzieningen vrezen, geldt het volgende. Ik veronderstel dat de betreffende leden daarmee doelen op de voorzieningen en maatregelen die de voorzitter van de veiligheidsregio, al dan niet na een opdracht daartoe van de Minister van VWS, treft met het oog op de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte. Van verwarring zal in beginsel geen sprake zijn, omdat de algemene operationele voorzieningen niet door de (dPG van de) GGD'en worden uitgevoerd.

*De leden van de ChristenUnie-fractie kunnen zich deze definitie voor «medisch operationele voorziening» voorstellen: «operationele voorzieningen ter ondersteuning van de medische (be)handelingen in het kader van de bestrijding van de epidemie van een A1 of 2 ziekte». Kan de regering zich daar in vinden?*

De regering heeft nadrukkelijk niet gekozen voor een definitie van «medisch-operationele voorzieningen» of een limitatieve opsomming van mogelijke voorzieningen die daaronder kunnen vallen, om te voorkomen dat bij een volgende (dreigende) epidemie van een andersoortige infectieziekte de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG te beperkt is afgebakend. Wel zal – ter nadere uitwerking en duiding voor de praktijk – bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd welke voorzieningen in ieder geval als medisch-operationele voorzieningen worden aangemerkt (niet-limitatief).

### **3.2 Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr)**

Geen opmerkingen of vragen van de fracties.

### **3.3 Herziening staatsnood- en crisisrecht**

*De leden van de VVD-fractie hebben eerder gevraagd naar het inschuiven van de Wpg in het crisisnoodrecht. In de routekaart over de modernisering (staats)nood- en crisisrecht<sup>62</sup> staat aangegeven dat uiterlijk in 2024 zal worden gezien of, en zo ja, de Noodwet geneeskundige aanpassing behoeft. Kan een inschatting worden gegeven wanneer in 2024 hier meer duidelijkheid over komt?*

De inventarisatie van de Noodwet geneeskundigen is gaande. Op dit moment kan nog niet nader worden gespecificeerd wanneer dit jaar deze inventarisatie zal zijn afgerond.

*Tevens vragen de leden van de VVD-fractie naar de stand van zaken omtrent de aanpassingen van het bredere (staats)nood- en crisisrecht? Wanneer kunnen de leden meer duidelijkheid verwachten over of, en zo ja, welke aanpassingen van de Wpg nodig zijn om de Wpg in het crisisnoodrecht te schuiven?*

---

<sup>62</sup> 29668, nr. 70



In navolging van de brieven van 6 december 2022<sup>63</sup> en 10 oktober 2023<sup>64</sup> waarbij het kabinet uw Kamer heeft geïnformeerd over de modernisering van het (staats)nood- en crisisrecht, is het nu aan elk ministerie om conform de – door de betreffende VVD-fractieleden al benoemde – routekaart de eigen (staats)nood- en crisiswetgeving te moderniseren. Het Ministerie van Justitie en Veiligheid heeft het voortouw met de aanpassing van de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden. Het wetsvoorstel daartoe is recent in consultatie gebracht.

Het Ministerie van VWS heeft met de Eerste tranche wijziging Wpg<sup>65</sup> reeds voorzien in een wettelijk kader met het oog op de effectieve bestrijding van een eventuele volgende grootschalige uitbraak van een infectieziekte behorend tot groep A1. Eerst na afronding van het bredere (staats)nood- en crisisrecht kan worden gezien of met het oog op consistentie het wettelijk kader van de Eerste tranche aanpassing behoeft. Deze aanpassing zou bijvoorbeeld betrekking kunnen hebben op de procedures voor het in en buiten werking stellen van noodbevoegdheden en de betrokkenheid van het parlement daarbij. De verwachting is dat besluitvorming hierover eerst adequaat kan plaatsvinden als de modernisering van de (meeste van de) in de bijlage bij de routekaart genoemde wetten is afgerond.

#### **4. Financiële gevolgen en regeldruk**

*Geen opmerkingen of vragen van de fracties.*

#### **5. Advies en consultatie**

*De leden de NSC-fractie vinden het belangrijk dat duidelijke definities worden opgesteld zodat de rol- en taakverdeling van de dPG en voorzitter Veiligheidsregio helder zijn. Met name de definitie «medisch operationele voorziening» dient volgens de leden te worden afgebakend en verhelderd zodat verwarring met de algemene operationele voorzieningen wordt voorkomen. De leden vragen of de regering zich kan vinden in de volgende definitie voor medische operationele voorzieningen: operationele voorzieningen ter ondersteuning van de medische (be)handelingen in het kader van de bestrijding van de epidemie van een A1 of 2 ziekte.*

De regering heeft nadrukkelijk niet gekozen voor een definitie van «medisch-operationele voorzieningen» of een limitatieve opsomming van mogelijke voorzieningen die daaronder kunnen vallen, om te voorkomen dat bij een volgende (dreigende) epidemie van een andersoortige infectieziekte de voorgestelde directe sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS op de dPG te beperkt is afgebakend. Wel zal – ter nadere uitwerking en duiding voor de praktijk – bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd welke voorzieningen in ieder geval als medisch-operationele voorzieningen worden aangemerkt (niet-limitatief).

*Kan de regering tot slot toelichten hoe wordt gewaarborgd dat een goede aansluiting tussen de Wpg en Wvr blijft bestaan, zeker waar het gaat om de invulling van de definitie van medisch operationele voorzieningen.*

Het onderhavige wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de positie van de voorzitter van de veiligheidsregio zoals geregeld in de Wpg en Wvr en de aansluiting tussen de beide wetten. De aanleiding voor het wetsvoorstel is gelegen in het feit dat tijdens de covid-19-epidemie

<sup>63</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29 668 en 29 956, nr. 69.

<sup>64</sup> Kamerstukken II 2023/24, 29 668 en 29 956, nr. 70.

<sup>65</sup> Stb. 2023, 184.

duidelijk werd dat getrapte sturing van de Minister van VWS op de dPG via de voorzitter van de veiligheidsregio voor het treffen van medisch-operationele voorzieningen te omslachtig was en zich bovendien niet goed verhiel met het werkterrein van de (voorzitter van de) veiligheidsregio. Dit heeft tijdens de covid-19-epidemie geleid tot een informele directe afstemmingslijn tussen de Minister van VWS en de dPG, die met het onderhavige wetsvoorstel wettelijk wordt vastgelegd.

Voor zover de vraag van de betreffende leden ziet op de afbakening tussen de twee sturingsbevoegdheden van de Minister van VWS op enerzijds de voorzitter van de veiligheidsregio en anderzijds op de dPG van de GGD, geldt het volgende. Onder deskundigen is brede consensus dat bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren als medisch-operationele voorzieningen kunnen worden aangemerkt. De bestrijding van een volgende epidemie van een andersoortige infectieziekte kan echter noodzaken tot het treffen van voorzieningen van andere aard. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, brengt het onderhavige wetsvoorstel geen wijziging aan ten aanzien van de vraag of voor de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte medisch-operationele voorzieningen nodig zijn en, zo ja, welke voorzieningen. Of sprake is van medisch-operationele voorzieningen zal in de regel dus volgen uit de adviezen van deskundigen.

***De leden van de SP-fractie lezen in de reactie van de regering op het advies van de Raad van State de volgende zin «Ondanks een zorgvuldige regionale voorbereiding in de koude fase door de GGD'en, kan echter niet worden uitgesloten dat ingeval van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte directe sturing door de Minister van VWS noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat de bestrijding van de betreffende epidemie medisch-operationele voorzieningen vereist die vooraf niet zijn voorzien.» Betekent dit dat directe sturing van de dPG door de Minister van VWS in de koude fase dus helemaal niet mogelijk is op basis van dit wetsvoorstel? De leden van de SP-fractie wijzen er hierbij op dat de Raad van State het rechtstreekse sturing vanuit het ministerie «voor zover het gaat om aspecten van medisch-operationele voorzieningen waarover vanuit het ministerie (nog) geen nadere regels zijn gesteld» in de koude fase onwenselijk noemt.***

Dit wetsvoorstel regelt inderdaad geen rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS op de dPG in de koude fase. In de koude fase vindt de sturing op de wijze waarop de GGD'en de taken in het kader van de algemene infectieziektebestrijding uitvoeren plaats via kaderstelling. Dit sluit aan op het uitgangspunt dat sturing op decentraal belegde taken, juist in het licht van de lokale autonomie, via wet- en regelgeving dient te geschieden en sluit dus ook aan op het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State. Zoals in het nader rapport inderdaad is aangegeven, kan hiermee niet geheel worden uitgesloten dat bij een volgende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte in de warme fase directe sturing door de Minister van VWS op de dPG noodzakelijk is. Hoewel niet kan worden voorspeld welke voorzieningen bij de bestrijding van een volgende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte noodzakelijk zijn, is het de verwachting dat door de kaderstelling in de koude fase uiteindelijk – ten opzichte van de situatie dat er géén kaders zouden worden gesteld – minder gebruik hoeft te worden gemaakt van die sturingsbevoegdheid van de Minister van VWS in de warme fase. Immers, de kaders leiden ertoe dat GGD'en beter opschaalbaar zijn en beter toegerust op hun werkzaamheden tijdens een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte waardoor (bij)sturing in minder gevallen nodig zal zijn.

*De leden van de SP-fractie lezen in het advies van de Raad van State dat die adviseert «de grondslag voor het stellen van nadere regels over de wijze waarop de GGD de infectieziektebestrijding doet te beperken tot die gevallen waarin de Minister de bestrijding leidt (A-infectieziekten)». De regering heeft dit advies echter naast zich neer gelegd, met als argument dat «Een beperking van de grondslag in artikel 16a tot A-infectieziekten betekent dat de specifieke uitkering ook uitsluitend mag zien op werkzaamheden die door de GGD'en zijn verricht in relatie tot A-infectieziekten.» Hierbij kiest de regering dus voor een inperking van de autonomie van GGD'en (en dus indirect van gemeenten), die niet op inhoudelijke, maar enkel op financiële basis wordt onderhouden. Is bij deze afweging ook overlegd met de GGD'en en de gemeenten en zo ja, zijn die het met deze beperking van hun autonomie eens?*

Over dit deel van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State heeft afstemming plaatsgevonden met de GGD'en via GGD GHOR Nederland. Daaruit kwam naar voren dat opvolging van dit advies niet wenselijk werd bevonden, omdat in de werkprocessen van de GGD'en geen onderscheid wordt gemaakt tussen werkzaamheden die zien op een A-infectieziekte en werkzaamheden die zien op een infectieziekte behorend tot een andere groep. Opvolging van dit deel van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State zou tot een verkokering van de werkprocessen leiden. Een gescheiden financiële verantwoordingsplicht zou dat effect nog groter maken, maar betreft dus zeker niet de enige reden om dit deel van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State niet op te volgen.

## **ARTIKELSGWIJZE TOELICHTING**

### *Artikel 1 onderdeel A*

***De leden van de NSC- fractie lezen dat wanneer de Minister (nog) geen opdracht heeft gegeven tot het treffen van medisch-operationele voorzieningen, de voorzitter van de Veiligheidsregio deze opdracht kan geven waarna de dPG in goed overleg met de voorzitter van de Veiligheidsregio en de Minister van VWS tot het onmiddellijk treffen ervan overgaat. Zij lezen dat, indien noodzakelijk, de voorzitter van de Veiligheidsregio zelfs om de benodigde opdracht van de Minister van VWS de dPG als hoofd GGD zou kunnen vragen. Kan de regering toelichten in welke gevallen dit zou kunnen gebeuren? De leden van de NSC-fractie vragen zich af of duidelijk is in welke gevallen voor deze route (voorzitter geeft namens de Minister opdracht) wordt gekozen en in welke gevallen deze route de voorkeur heeft boven de route dat de Minister de opdracht verleent. En kan de regering toelichten hoe in dit geval (als de voorzitter de rol van de Minister overneemt) de communicatie verloopt?***

In geval sprake is van de bestrijding van een (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte zal in alle gevallen de centrale sturing op de door de GGD te treffen medisch-operationele voorzieningen plaatsvinden via de rechtstreekse sturingslijn van de Minister van VWS richting de dPG van de GGD. De sturing zal in geen geval plaatsvinden door of via de voorzitter van de veiligheidsregio. Dat is ook niet bedoeld in de betreffende passage in de memorie van toelichting. Strekking van de betreffende passage is dat de Minister van VWS kan worden verzocht om de benodigde opdracht aan de dPG te geven of dat de dPG – in goed overleg met de voorzitter van de veiligheidsregio en de Minister van VWS – reeds zonder nadrukkelijke opdracht tot het treffen van de noodzakelijke medisch-operationele voorzieningen overgaat.

**De leden van de SP-fractie** lezen dat de aanpassing van het zevende lid (nieuw) ertoe strekt «dat de in dat lid neergelegde informatieplicht aan de Minister van VWS zich ook uitstrekt tot de dPG» en dat het hierbij gaat om «de informatie die de Minister nodig heeft in het kader van zijn landelijke regietaak bij de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte». De voorbeelden die hierbij worden genoemd zijn allemaal voorbeelden van data op geaggregeerd en geanonimiseerd niveau. Betekent dit dat het uitgesloten is dat op basis van dit wetsvoorstel informatie met de Minister van VWS wordt gedeeld die herleidbaar is tot individuele personen?

De vraag van de betreffende leden kan bevestigend worden beantwoord. Het betreft hier informatie die de Minister van VWS nodig heeft in het kader van zijn landelijke regietaak bij de bestrijding van een epidemie van een A-infectieziekte en zal altijd geanonimiseerde (geaggregeerde) informatie betreffen. De informatieplicht strekt zich dus nadrukkelijk niet uit tot medische persoonlijke gezondheidsgegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen.

De Minister voor Medische Zorg,  
P.A. Dijkstra