

Vergaderjaar 2022–2023

36 334

Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege de invoering van een vergunningplicht en een meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met poliovirus en enkele andere wijzigingen

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 21 juni 2023

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen van de fracties van de VVD, D66, CDA, SP, GroenLinks en SGP in het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege de invoering van een vergunningplicht en een meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met poliovirus en enkele andere wijzigingen. Ik dank de leden voor hun inbreng en ga graag hieronder in op de gestelde vragen. De opmerkingen en vragen uit het verslag zijn letterlijk overgenomen in cursieve opmaak. De antwoorden zijn in gewone opmaak weergegeven.

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	1
2.	Hoofdpijnen van het voorstel	4
3.	Verhouding tot Europees recht en andere regelgeving	6
4.	Andere wijzigingen van de Wpg	7
5.	Advies en consultatie	10

1. INLEIDING

*De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Wet publieke gezondheid (Wpg) vanwege de invoering van een vergunningplicht en een meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met poliovirus en enkele andere wijzigingen. Genoemde leden zijn het eens met de voorgenomen wijzigingen, maar hebben hierbij nog wel enkele vragen aan de regering.*

*De **D66-fractie** leden zijn in het kader van deze wijziging benieuwd naar de wijzigingen van de Wpg-tranches. In hoeverre ligt de regering nog op schema?*

Bij brief van 30 maart 2023 (Kamerstukken II 2022/23, 36 194, nr. 41) heb ik uw Kamer laatstelijk geïnformeerd over de planning van de tranches van de Wpg. Nadien heeft de Eerste Kamer op 23 mei 2023 het wetsvoorstel Eerste tranche aangenomen. De planning voor de overige tranches is ongewijzigd.

Ook vragen de leden van de D66-fractie of de regering kan reflecteren op de huidige vaccinatiegraad tegen polio. Voorziet of ziet de regering hier een dalende vaccinatiegraad trend?

In het Vaccinatiegraadrapport 2021 dat op 4 juli 2022¹ naar uw Kamer is verstuurd, was een lichte daling van de vaccinatiegraadcijfers zichtbaar, ook bij de vaccinaties tegen polio. De voorlopige cijfers over deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), zoals aan uw Kamer toegezonden afgelopen februari², lijken ook een daling te laten zien. Het precies duiden van de daling die zichtbaar lijkt, is ingewikkeld omdat er niet precies vastgesteld kan worden in hoeverre de cijfers zijn gedaald door het effect van de invoering van het informed consent per 1 januari 2022. De anonieme vaccinaties (zijnde de vaccinaties van personen ten aanzien van wie geen informed consent is geregistreerd) kunnen niet in de cijfers mee worden geteld. Het Vaccinatiegraadrapport over 2022 zal voor de zomer worden gepubliceerd en naar uw Kamer worden verzonden. Dit rapport zal meer inzicht geven in de ontwikkeling van de vaccinatiegraad.

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel waarmee een vergunningplicht en een meldplicht wordt ingevoerd voor het verrichten van handelingen met poliovirus. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de wijziging van de Wpg vanwege de invoering van een vergunningplicht en een meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met poliovirus en enkele andere wijzigingen. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over. De leden van de SP-fractie zijn positief over het voorstel om de aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG) te borgen in de Wpg. Zij wijzen er echter ook op dat GGD'en deze zorg alleen goed kunnen leveren als hiervoor ook voldoende geld beschikbaar is, terwijl de GGD-GHOR waarschuwt dat dit nu niet het geval is. Is de regering bereid om de seksuele gezondheidszorg van de GGD'en wel voldoende te gaan financieren, nu deze taak ook in de Wpg wordt vastgelegd?

De financiële uitdagingen rondom de ASG-regeling zijn bekend. Er is echter op dit moment geen budgettaire ruimte om de ASG-regeling te vergroten. Bovendien kent de ASG ook andere vraagstukken, waarvoor meer geld niet per se de oplossing is. Meerdere centra voor seksuele gezondheid (CSG) ervaren bijvoorbeeld capaciteitsproblemen door een tekort aan juist geschoold personeel. Er zijn ook andere fundamentele vraagstukken waarover we moeten reflecteren, waaronder de verhouding van de ASG-regeling tot de curatieve zorg en de collectieve preventietaken van gemeenten. Op beide domeinen werkt de ASG-regeling aanvullend. Daarom wordt momenteel een toekomstverkenning naar de positionering van de ASG-regeling in het huidige zorgstelsel uitgevoerd die tot eind 2023 loopt. Met de uitkomsten van de toekomstverkenning zal bekeken worden wat nodig is om de aanvullende seksuele gezondheidszorg duurzaam te bestendigen.

¹ Kamerstukken 2021/22, 32 793, nr. 614.

² Kamerstukken 2022/23, 32 793, nr. 651.

*De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben met interesse de voorgestelde wetswijziging gelezen. De leden willen de regering nog enkele vragen over het voorstel tot wijziging van de wet.*

De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de reactie op het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State dat de regering de invoering van een vergunningsverplichting noodzakelijk acht als aanvulling op de reeds bestaande certificaten die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uitreikt. Daarbij verwijst de regering naar de mogelijkheid dat de WHO een certificaat ten onrechte niet intrekt of geen certificaat verstrekt aan een faciliteit die wel aan de GAP-eisen voldoet. Zijn er aanwijzingen dat deze beide situaties zich op dit moment daadwerkelijk voordoen of dat dit in toekomst het geval kan worden? Zo nee, hoe weegt de regering dan de invoering van een vergunningsplicht, gezien de administratieve lasten die het met zich mee zou brengen? Zo ja, welke aanwijzingen zijn dat?

Tot op heden is door de WHO slechts aan één faciliteit een *interim-Certificate of Containment* verleend (dit betreft geen faciliteit in Nederland). Concrete aanwijzingen dat de hiervoor genoemde situaties zich hebben voorgedaan of zullen voordoen, zijn er tot op heden niet. Het is niettemin wenselijk geacht om het wetsvoorstel zodanig in te richten dat we in Nederland de regie kunnen houden ten aanzien van de vraag of een faciliteit in Nederland handelingen met poliovirus mag verrichten. De voorgestelde vergunningplicht maakt dat mogelijk en daarbij zijn- mede gelet op het advies van het Adviescollege toetsing regeldruk – de regeldrukkosten zo beperkt mogelijk gehouden.

Met betrekking tot de noodzaak voor een vergunning hebben de leden van de GroenLinks-fractie ook nog een enkele vraag. Zo zouden zij graag willen weten of andere landen in Europa zo'n vergunningsplicht kennen. Kan de regering daar een overzicht van geven en aangeven welke lessen er zijn te leren van de praktijk in de rest van Europa?

Ik heb helaas geen compleet beeld van de regelgeving omtrent poliofaciliteiten in andere landen binnen Europa. Inmiddels is mij bekend dat – naast Duitsland – ook Spanje en Italië ervoor hebben gekozen om al het aanwezige poliovirusmateriaal te vernietigen. In deze landen bevinden zich dus geen poliofaciliteiten meer. Frankrijk, Denemarken, België en het Verenigd Koninkrijk hebben wel relevante regelgeving. De regelgeving van België is in bepaalde mate vergelijkbaar met de voorgestelde vergunningplicht. Hoe de regelgeving in de andere landen is vormgegeven, is mij helaas niet bekend.

De leden van de GroenLinks-fractie waren verbaasd dat het voorstel tot wijziging van de Wpg meerdere onderwerpen omvat die inhoudelijk ver uit elkaar liggen en niet op elkaar van invloed zijn. Waarom heeft de regering daarvoor gekozen?

De wettelijke borging van de bestaande aanvullende seksuele gezondheidszorg en de enkele wijzigingen van de meldplicht vormen wijzigingsvoorstellen die niet dermate technisch van aard zijn dat deze zich lenen voor een verzamelwet. Tegelijkertijd had het vanuit een oogpunt van efficiënt gebruik van de wetgevingscapaciteit evenmin de voorkeur om voor deze onderwerpen een zelfstandig wetgevingstraject te starten. Om die reden is aanleiding gezien om de onderwerpen tezamen in het onderhavige wetsvoorstel op te nemen.

*De leden van de **SGP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Ze hebben kennisgenomen van de kritische vragen van de Afdeling advisering van de Raad van State over het voorstel. De leden van*

de SGP-fractie maken daarom graag van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen over het wetsvoorstel. De leden van de SGP-fractie constateren dat het wetsvoorstel bestaat uit twee heel verschillende onderwerpen. Zij vragen de regering waarom er niet voor gekozen is om twee separate wetsvoorstellen in te dienen.

Zoals ook in het vorige antwoord is aangegeven, vormen de wettelijke borging van de bestaande aanvullende seksuele gezondheidszorg en de enkele wijzigingen van de meldplicht wijzigingsvoorstellen die niet dermate technisch van aard zijn dat deze zich lenen voor een verzamelwet. Tegelijkertijd had het vanuit een oogpunt van efficiënt gebruik van de wetgevingscapaciteit evenmin de voorkeur om voor deze onderwerpen een zelfstandig wetgevingstraject te starten. Om die reden is aanleiding gezien om de onderwerpen tezamen in het onderhavige wetsvoorstel op te nemen.

2. HOOFDLIJNEN VAN HET VOORSTEL

*In Nederland is vaccinatie tegen het poliovirus opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De leden van de **VVD-fractie** lezen dat van de verschillende typen poliovirus wildtype 1 nog in enkele landen voorkomt, met name in Afghanistan en Pakistan. Hoe is vaccinatie tegen poliovirus in die landen geregeld? Op dit moment is er een Nederland een grote toestroom aan vluchtelingen, ook vanuit die landen, en een nog grotere toestroom wordt verwacht. Hoe groot is de kans dat dit wildtype 1 in Nederland zal opduiken? Wat is er qua vaccinaties voor deze vluchtelingen geregeld?*

De WHO heeft als doel om polio wereldwijd uit te roeien en zowel in Pakistan als in Afghanistan wordt gevaccineerd tegen het poliovirus. In Pakistan is in het landelijke vaccinatieprogramma opgenomen dat alle kinderen een poliovacinatie aangeboden krijgen.³ Naast dit programma wordt in Pakistan ook aanvullend initiatief ondernomen om zoveel mogelijk kinderen te bereiken. Tijdens deze extra acties gaan 285.000 zorgmedewerkers van deur-tot-deur bij inwoners langs, waarbij zij in korte tijd grote aantallen kinderen in hoog risicogebieden bereiken waar polio rondgaat.^{4 5}

In Afghanistan is het tussen 2019 en 2021 voor non-gouvernementele organisaties niet mogelijk geweest om te vaccineren tegen het poliovirus. Per 2021 heeft de Taliban besloten non-gouvernementele organisaties weer toe te laten om te vaccineren tegen het poliovirus.⁶ Daarnaast heeft de Taliban in maart 2023 aangegeven een landelijke poliovacinatie campagne te starten.⁷

In Pakistan en Afghanistan is het aantal poliopatiënten zeer sterk afgenomen. In de districten waar nog poliovirus circuleert worden extra vaccinatie acties gehouden en reizigers die het land verlaten moeten recent gevaccineerd zijn. Daarnaast wordt in Nederland het rioolwater gecontroleerd op poliovirus om eventuele import en verspreiding van poliovirus vroegtijdig te ontdekken (voordat er ziektegevallen zijn). Het vaccineren van vluchtelingen is door het COA belegd bij de GGD'en.

³ Federal Directorate of Immunization, Pakistan

⁴ Polio Eradication Initiative – Pakistan

⁵ Polio in Pakistan

⁶ Polio amid a humanitarian crisis in Afghanistan – The Lancet Infectious Diseases

⁷ Taliban launches annual polio vaccination drive in Afghanistan – Al Jazeera

Daarnaast lezen de leden van de VVD-fractie dat de WHO het certificeringssysteem in de tijd heeft begrensd, maar dat het de vraag is of de WHO hieraan vasthoudt. Kan de regering aangeven wanneer hierover duidelijkheid wordt verwacht?

Dat kan ik helaas niet, omdat de WHO tot op heden helaas geen duidelijkheid hierover heeft verschaft.

Ook lezen de leden van de VVD-fractie dat de regering het wenselijk acht dat de mogelijkheid behouden blijft dat een essentiële faciliteit zonder certificaat van de WHO in Nederland handelingen met poliovirus kan verrichten. In hoeverre is dit in overeenstemming met beleid van de WHO? Deze leden lezen dat zoveel als mogelijk zal worden aangesloten bij de dan geldende eisen die de WHO stelt. Verwacht de regering dat er op punten zal worden afgeweken van deze eisen? Zo ja, op welke punten? Hoe ziet de Minister het landschap van essentiële faciliteiten voor zich?

De mogelijkheid om een vergunning te verlenen aan een essentiële faciliteit die niet in het bezit is van een certificaat van de WHO, is in het wetsvoorstel opgenomen om rekening te houden met de eventueel in de toekomst mogelijke situatie dat de WHO geen certificaten meer verleent. Het is wenselijk dat in dat geval geborgd kan blijven dat Nederland een bijdrage kan blijven leveren aan de ontwikkeling en productie van poliovaccins. Dat is in zoverre ook in overeenstemming met het beleid van de WHO te achten. Daarbij is het de bedoeling om aan te sluiten bij de geldende GAP-eisen. Met de in de memorie van toelichting gebezigde bewoordingen «zoveel als mogelijk» is uitsluitend beoogd om een slag om de arm te houden voor het geval bepaalde GAP-eisen in het concrete geval niet noodzakelijk of uitvoerbaar zijn.

Wat betreft de vraag naar het landschap van essentiële faciliteiten, geldt dat Nederland op dit moment vijf poliofaciliteiten kent. Naar verwachting zal dit aantal niet uitbreiden, maar eerder afnemen naarmate de eradicatie van het poliovirus vordert.

Met dit wetsvoorstel wordt voorzien in een mogelijkheid om een vergunningplicht in te stellen voor handelingen met bepaalde type poliovirussen. De leden van de VVD-fractie vragen of dit nader uitgelegd kan worden. Kan deze vergunningplicht bijvoorbeeld ook gelden voor plotseling opkomende nieuwe varianten van het poliovirus? Hoe wordt dan geborgd dat er snel gehandeld kan worden? Geldt hierbij ook bijvoorbeeld een overgangsregeling zodat faciliteiten al met het betreffende type poliovirus handelingen kunnen verrichten, in afwachting van een besluit op de vergunningsaanvraag?

Het is niet aannemelijk dat zich plotseling een nieuwe variant van het poliovirus zal aandienen, maar dit kan daarentegen niet volledig worden uitgesloten. Ingeval die situatie zich onverhoopt voordoet, kan met de benodigde spoed de algemene maatregel van bestuur worden aangepast om de vergunning- of meldplicht op dat nieuwe virus van toepassing te laten zijn. Of en, zo ja, daarbij moet worden voorzien in een overgangsregeling is afhankelijk van de vraag of faciliteiten in Nederland reeds handelingen verrichten met dat betreffende virus.

*De leden van de **D66-fractie** vragen de regering in hoeverre er zicht is op hoeveel faciliteiten er in Nederland geen essentiële faciliteiten zijn en daardoor, indien het onderhavige wetsvoorstel in werking treedt, niet meer handelingen met aangewezen typen poliovirus mogen verrichten. Dezelfde vraag stellen deze leden als het gaat om het aantal faciliteiten welke niet voldoen aan de gestelde GAP-eisen. Hoeveel faciliteiten*

hebben op dit moment een certificaat en is dit voldoende om het ontwikkelen en produceren van vaccins en surveillance op herintroductie van het virus te waarborgen?

In Nederland is één faciliteit die aangegeven heeft het poliovirus materiaal te vernietigen als de wet in werking treedt. Alle overige vijf Nederlandse poliofaciliteiten zijn aangemerkt als essentieel. Vooralsnog voldoet geen enkele faciliteit in Nederland aan de GAP-eisen. De huidige faciliteiten beschikken nog alleen over een *Certificate of Participation*, nog niet over een (interim-) *Certificate of Containment*.

De leden van de SGP-fractie vragen de regering of zij het goed begrijpen dat het enige verschil tussen een certificeringssysteem en een systeem met een vergunningplicht is dat de regels juridisch afdwingbaar zijn. Zij vragen of het klopt dat de regering dus én een certificeringssysteem én een vergunningensysteem wil invoeren. Zij vragen of de regering kan toelichten of er aanleiding is om te veronderstellen dat instellingen die met het poliovirus werken niet bereid zijn om aan de eisen van een certificeringssysteem te voldoen. Zij vragen de regering of er geen «lichtere manieren» te bedenken zijn om regels te stellen voor deze instellingen.

Het certificeringssysteem betreft een systeem van de WHO. Faciliteiten zijn niet verplicht om een certificaat aan te vragen en aan de GAP-eisen te voldoen. De voorgestelde vergunningplicht strekt er juist toe om faciliteiten wel te verplichten om aan die GAP-eisen te voldoen. Als een faciliteit aan die eisen voldoet, zal een vergunning worden verleend. Het is dus niet zo dat als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel faciliteiten aan twee toetsen worden onderworpen. Aan een faciliteit die in het bezit is gesteld van een certificaat, zal per omgaande een vergunning worden verleend.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering van plan is om nationaal verdergaande eisen te stellen in de vergunning dan nodig is om in aanmerking te komen voor een WHO-certificaat.

Dat is niet het geval.

3. VERHOUDING TOT EUROPEES RECHT EN ANDERE REGELGEVING

De leden van de VVD-fractie lezen dat het niet geheel kan worden uitgesloten dat verwerking van persoonsgegevens kan plaatsvinden bij het instellen van een vergunningplicht. Kan de regering toelichten hoe het in zulke gevallen is geregeld met het informeren van de desbetreffende persoon? Worden zij op de hoogte gesteld indien persoonsgegevens moeten worden verwerkt?

In het kader van de vergunningprocedure zal veelal sprake zijn van verwerking van zakelijke gegevens. Echter, in voorkomend geval kan het mogelijk zijn dat de aanvrager van de vergunning bijvoorbeeld namen en contactgegevens van een bepaalde medewerker van de faciliteit verstrekt. Het is aan de aanvrager om die medewerker daarvan dan op de hoogte te stellen.

4. ANDERE WIJZIGINGEN VAN DE WPG

*De leden van de **VVD-fractie** lezen in de behoefte aan aanvullende seksuele gezondheidszorg landelijk veel verschillen zijn en dat dit de gedachte is achter een regionale organisatiestructuur van GGD'en. Kan de regering een nadere toelichting geven op deze verschillen?*

De aanvullende seksuele gezondheidszorg biedt zorg met betrekking tot seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) aan hoog-risicogroepen en seksualiteitshulpverlening aan jongeren onder de 25 jaar waarin brede hulpvragen worden besproken, zoals over anticonceptie, het aangeven van wensen en grenzen of gender en seksualiteit. Er kunnen regionale verschillen bestaan in de grootte van bepaalde risicogroepen of de inspanningen die verricht moeten worden om bepaalde (kwetsbare personen in) doelgroepen te bereiken. De regio's maken daarin onderbouwde afwegingen.

Daarnaast lezen de leden van de VVD-fractie dat er momenteel een verschil bestaat in de aan te leveren gegevens bij meldingen. Meldingen door een arts behoeft andere gegevens dan meldingen gedaan door hoofd van een laboratorium. Wat is de reden achter het verschil in benodigde gegevens?

Uit de geschiedenis van de totstandkoming van de Wpg wordt helaas niet goed duidelijk waarom destijds een onderscheid is gemaakt in de bij een melding aan te leveren gegevens.

Om de uitvoering van de aanvullende seksuele gezondheidszorg bestendig te continueren, wordt met het onderhavige wetsvoorstel het wettelijke takenpakket van het RIVM uitgebreid met de taak om de landelijke regie te voeren op het terrein van de bestrijding van soa's in samenhang met seksuele gezondheidszorg. Genoemde leden lezen dat het RIVM in de praktijk deze taak al uitvoert, maar dit nu gecodificeerd wordt. Waarom wordt er dan gesproken van een uitbreiding? Hoe zal dit in de praktijk uitwerken? Wat zullen mensen merken van de uitbreiding van dit takenpakket?

Er wordt gesproken van een uitbreiding van het wettelijke takenpakket van het RIVM, omdat deze taak nu wettelijk wordt vastgelegd. Daarmee is het een wettelijke uitbreiding. Het is geen feitelijke uitbreiding, aangezien het RIVM deze taak in de praktijk al vervult. Burgers of CSG's zullen daarom niets merken van deze wettelijke uitbreiding, het is een codificering van staande praktijk.

*In de memorie van toelichting lezen de leden van de **D66-fractie** dat seksualiteitshulpverlening zoals die wordt uitgevoerd door de GGD'en een laagdrempelige aanvulling behelst op de huisartsenzorg voor moeilijk bereikbare groepen en hoog risicogroepen die juist niet naar de huisarts willen of kunnen gaan. Ook lezen de leden dat de GGD'en stellen dat er additionele middelen beschikbaar moeten worden gesteld. Ziet de regering op dit moment, in tegenstelling tot de GGD'en zelf, genoeg capaciteit en budget om deze functie als laagdrempelige aanvulling uit te kunnen voeren? Kan de regering verder toelichten aan welke oplossingsrichtingen de regering denkt om met het beschikbare budget de aanvullende seksuele gezondheidszorg te kunnen blijven uitvoeren?*

De financiële uitdagingen rondom de ASG-regeling zijn bekend. Er is echter op dit moment geen budgettaire ruimte om de ASG-regeling te vergroten. Bovendien kent de ASG ook andere vraagstukken, waarvoor meer geld niet per se de oplossing is. Meerdere CSG's ervaren bijvoor-

beeld capaciteitsproblemen door een tekort aan juist geschoold personeel. Er zijn ook andere fundamentele vraagstukken waarover we moeten reflecteren, waaronder de verhouding van de ASG-regeling tot de curatieve zorg en de collectieve preventietaken van gemeenten. Op beide domeinen werkt de ASG-regeling aanvullend. Daarom wordt momenteel een toekomstverkenning naar de positionering van de ASG-regeling in het huidige zorgstelsel uitgevoerd die tot eind 2023 loopt. Met de uitkomsten van de toekomstverkenning zal bekeken worden wat nodig is om de aanvullende seksuele gezondheidszorg duurzaam te bestendigen.

De leden van de D66-fractie hebben uit de praktijk vernomen dat de mogelijkheden om (nog) efficiënter te opereren inmiddels zijn uitgeput. Waar ziet de regering nog kansen als het gaat over voorkomen van seksuele aandoeningen op een laagdrempelige manier, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Collectieve preventie door voorlichting, bijvoorbeeld in de vorm van relationele en seksuele vorming in het onderwijs draagt ook bij aan het voorkomen van soa. Naast de zorg via de ASG-regeling, zet de regering hier ook op in, zoals toegelicht in onder andere de Beleidsvisie Seksuele Gezondheid.⁸

De leden van de D66-fractie vragen verder of de regering verder kan duiden hoe een toekomstverkenning naar de aanvullende seksuele gezondheidszorgregeling eventueel soelaas kan bieden aan de GGD'en?

De toekomstverkenning loopt momenteel en er is nog niet bekend welke uitkomsten deze verkenning zullen opleveren. In de toekomstverkenning wordt gekeken welke (financiële) knelpunten er zijn, of de huidige middelen toereikend zijn en welke concrete oplossingen er zijn? Bij het wegen van deze oplossingen moet de laagdrempeligheid van de ASG-regeling in acht worden gehouden. Naast oplossingen in de ASG-regeling zelf kan gedacht worden aan het intensiveren van aandacht voor seksuele gezondheid in de collectieve preventie inzet van gemeenten of in de curatieve zorg, op beide terreinen werkt de ASG-regeling immers aanvullend.

Kan de regering reflecteren op het al dan niet synchroon laten lopen van deze regeling en het in werking treden van het voorliggende wetsvoorstel, zo vragen de D66-fractie leden.

De regering gaat ervan uit dat de betreffende leden met «deze regeling» op de toekomstverkenning doelen. De voorliggende wetswijziging is voor wat betreft de ASG-regeling technisch en beleidsarm. Het is nog niet bekend of en in welke mate de toekomstverkenning tot wijziging van wet- of regelgeving zal leiden. Om deze reden voorziet de regering geen problemen in het synchroon laten lopen van deze wetswijziging en de toekomstverkenning.

De leden van de D66-fractie lezen tevens dat het van belang is dat de GGD de mogelijkheid behoudt om in eerste instantie contact op te nemen met de behandelde arts om te verifiëren of de betrokken persoon al op de hoogte is van de infectie, om zo vroegtijdige informatieverstrekking met desbetreffend persoon te voorkomen. In hoeverre is dit geborgd bij de GGD? Welke afspraken zijn er wat dit betreft gemaakt tussen de GGD'en en artsen?

⁸ Kamerstukken II, 2022–2023, 32 239, nr. 12

De gebruikelijke werkwijze van de GGD'en is dat zij na het ontvangen van een melding altijd eerst contact opnemen met de behandelaar. Dat heeft een medische reden (bijvoorbeeld om na te vragen wat het klinische beeld is), maar ook om na te gaan of de persoon in kwestie al op de hoogte is van de besmetting. Dit is geborgd door opname van deze processtap in verpleegkundige stappenplannen.⁹ Een reden om van deze werkwijze af te wijken kan gelegen zijn in een situatie waarin sprake is van een zeer groot aantal meldingen, zoals zich tijdens de covid-19 epidemie voordeed.

*De regering schrijft dat het aanvraagproces voor de specifieke uitkering zo ingericht is (en blijft) dat acht coördinerende GGD'en een aanvraag indienen bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het verlenen van aanvullende seksuele gezondheidszorg in hun verzorgingsgebied.¹⁰ De leden van de **CDA-fractie** merken op dat in de aangenomen motie Van den Berg/Paulusma (Kamerstuk 29 247, nr. 367) verzocht wordt om tot minder verschillende regio's en regio-indelingen te komen, waarbij regio-indelingen naadloos op elkaar aan zouden moeten sluiten. Deze leden vragen daarom waarom er in dit wetsvoorstel gekozen wordt om vast te blijven houden aan acht coördinerende GGD-en, in plaats van dat alle GGD-en direct de middelen ontvangen.*

De systematiek om bekostiging via de acht coördinerende GGD'en in stand te houden heeft als voordeel dat de inzet waar mogelijk wordt gebundeld en efficiënter en sneller (kortere lijntjes) plaatsvindt. Het scheelt bovendien in administratieve werkzaamheden.

De leden van de **SGP-fractie** merken op dat het deel van het wetsvoorstel dat betrekking heeft op aanvullende seksuele gezondheidszorg vrijwel uitsluitend codificerend lijkt te zijn en dus geen nieuwe bevoegdheden of taken creëert. Klopt deze constatering? Zij vragen de regering wat daarmee de toegevoegde waarde van het wetsvoorstel is?

Deze constatering klopt. Door de taak van het RIVM te codificeren wordt deze rol duurzaam bestendig. Daarnaast is geconstateerd dat de activiteiten uit de aanvullende seksuele gezondheidszorg in essentie economische activiteiten zijn, waarbij sprake is van een bepaalde vorm van marktfalen. Daarom is het vestigen van een dienst van algemeen economisch belang (DAEB) gerechtvaardigd. Met het onderhavige wetsvoorstel wordt daarin voorzien door te bepalen dat de door het RIVM aan een GGD opgedragen activiteiten in het kader van het bestrijden van soa's als DAEB zijn aangewezen. De coördinerende GGD'en zullen door het RIVM via een besluit met de uitvoering van de DAEB worden belast. Er is dan geen DAEB-overeenkomst meer nodig, wat de administratieve lasten vermindert.

De leden van de SGP-fractie constateren dat met het onderhavige wetsvoorstel geregeld wordt dat de door het RIVM aan een GGD opgedragen activiteiten in het kader van het bestrijden van soa's als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) worden aangewezen. Zij vragen de regering om aan te geven welke andere beleidstaken of wettelijke taken in de zorg op dezelfde manier als DAEB zijn aangemerkt? Hoe vaak komt dit voor?

⁹ Zie bijvoorbeeld <https://ci.rivm.nl/stappenplan/hepatitis-b-acute#:~:text=ls%20de%20index%20op%20de%20hoogte%20van%20de%20diagnose%3F>

¹⁰ Een kleine rectificatie is hier geïndiceerd. De aanvraag moet worden ingediend bij zowel het Ministerie van VWS (DUS-I) als bij het RIVM.

Het aanmerken van zorgtaken als DAEB komt regelmatig voor bij zorg die niet wordt bekostigd op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg, maar uit publieke gelden. Enkele voorbeelden zijn de DAEB voor de centra prenatale screening op grond van het Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring regionale centra prenatale screening 2023, het bieden van abortushulpverlening op grond van de Subsidieregeling abortusklinieken en het uitvoeren van basis oriënterende fertiliteitsonderzoeken en KID-behandelingen op grond van de Subsidieregeling kunstmatige inseminatie met donorsemen.

5. ADVIES EN CONSULTATIE

*De leden van de **D66-fractie** zijn het eens met de regering dat meer zicht krijgen op faciliteiten die handelingen met andere virusmaterialen verrichten belangrijk is. Zij vragen de regering verder uit te weiden over het «nader bezien van dit belang in relatie tot andere aspecten die raken aan het terrein van biosafety en biosecurity». In hoeverre ziet de regering kans in het verbreden van de vergunnings-en meldplicht naar alle verwekkers van type A-ziekten in een mogelijke latere aanpassing van de Wpg? Kan de regering zich, wat deze verbreding betreft, vinden in zowel de geuite zorgen alsmede de positieve geluiden als het gaat om het voorkomen van potentieel gevaarlijke situaties en mogelijk uitbraken?*

Op dit moment wordt de wenselijkheid van een bredere meldplicht voor faciliteiten die werken met pathogenen/ziekteverwekkers met potentieel gevaar voor de volksgezondheid nader bezien. In dit verband is advies aan het RIVM gevraagd. Indien uitbreiding van de meldplicht, zal dat worden meegenomen in een latere aanpassing van de Wpg.

*De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond de verbreding van de vergunning- en meldplicht naar alle verwekkers van A-ziekten heeft onderschreven, omdat dit volgens hen zal bijdragen aan het voorkomen van potentieel gevaarlijke situaties en mogelijke uitbraken. Ook GGD GHOR Nederland is hier voorstander van. De regering geeft aan wel het belang te zien om meer zicht te krijgen op faciliteiten die handelingen met ander virusmateriaal verrichten, maar geeft aan dit nader te bezien in relatie tot andere aspecten die raken aan het terrein van biosafety en biosecurity. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering nader kan toelichten waarom zij een dergelijke vergunning- en meldplicht naar alle verwekkers van A-ziekten niet nu al met dit wetsvoorstel op zijn minst van een grondslag voorziet. Op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de aanvullende acties op het terrein van biosafety en biosecurity?*

Op basis van de consultatie is aanleiding gezien om de in het wetsvoorstel voorgestelde vergunning- en meldplicht enkel te laten toezien op polio, en niet op alle A-infectieziekten. Belangrijke reden was een kritisch advies van het Adviescollege Toetsing en Regeldruk (ATR), dat concludeerde dat nut, noodzaak en meerwaarde van de in de consultatieversie voorgestelde uitgebreide vergunning- en meldplicht onvoldoende waren aangetoond. De reikwijdte van het wetsvoorstel is vervolgens beperkt tot poliovirus om de invoering van de vergunning- en meldplicht voor poliofaciliteiten geen vertraging te laten oplopen.

Zoals in het antwoord hiervoor is aangegeven, wordt op dit moment de wenselijkheid van een bredere meldplicht voor faciliteiten die werken met pathogenen/ziekteverwekkers met potentieel gevaar voor de volksgezondheid nader bezien. In dit verband is advies aan het RIVM gevraagd. Indien uitbreiding van de meldplicht, zal dat worden meegenomen in een latere aanpassing van de Wpg.

Het Ministerie van Justitie en Veiligheid voert momenteel een probleeminventarisatie uit omtrent het biosecurity-vraagstuk.

Kijkend naar de ons omringende Europese landen geldt dat België en Denemarken de GAP-eisen in hun nationale wetgeving hebben opgenomen en dat Duitsland met het oog op polio-eradicatie geen faciliteiten meer heeft die handelingen met poliovirus verrichten. Als reactie op het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State geeft de regering aan dat opname in wetgeving volgens hem niet toereikend is. De leden van de CDA-fractie vragen waarom dat wel het geval is voor België en Denemarken. Hoe hebben andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Spanje en Italië dit geregeld?

Spanje en Italië hebben ervoor gekozen om al het aanwezige poliovirus-materiaal te vernietigen. In deze landen bevinden zich dus geen poliofaciliteiten meer. Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben wel relevante regelgeving, maar op welke wijze deze precies is vormgegeven is mij helaas niet bekend.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bepaalt zelf welke informatie gemeenten ontvangen als bijvoorbeeld poliovirus in rioolwater wordt gedetecteerd. De leden van de CDA-fractie vragen de regering om toe te lichten waarom bij wet niet wordt bepaald dat gemeenten recht hebben op bepaalde standaard informatie in dergelijke situaties.

De IGJ monitort het riool op alle infectieuze poliovirussen. Niet alle varianten vormen een gevaar voor de volksgezondheid. De IGJ ziet daarin geen toegevoegde waarde om dit publiek te communiceren omdat het onderscheid, tussen gevaarlijke en ongevaarlijke poliovirus varianten voor eenieder die niet deskundig is op dit terrein lastig is. Communicatie kan daardoor ten onrechte onrust veroorzaken, ook als die communicatie alleen is gericht aan gemeenten.

De Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond wijst erop dat voor calamiteiten met genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) geen meldplicht geldt naar de GGD'en, maar alleen aan de ILT in het kader van omgevingsveiligheid. De leden van de CDA-fractie vragen de regering waarom zij geen nut en noodzaak hiervan ziet. Wat is erop tegen om ook voor calamiteiten met ggo's een meldplicht naar de GGD'en in te stellen?

De regels omtrent ggo's beschermen het milieu en de gezondheid van de mens tegen ongewenste aantasting door ggo's in de vorm van planten, dieren en micro-organismen. Het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat is stelselverantwoordelijk en het bevoegde gezag, de Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT) is het toezichthoudend orgaan. Incidenten met ggo's in laboratoria moeten bij de ILT worden gemeld, indien (de kans bestaat dat) het milieu of de gezondheid van de mens wordt aangetast. Dat geldt voor alle soorten ggo's. Ongewenste gebeurtenissen of afwijkingen van verwachte gebeurtenissen met ggo's, moeten ook bij de ILT worden gemeld. Dit geldt voor alle soorten ggo's. De ILT kan, indien nodig, met de GGD overleggen als het gaat om ggo's in de vorm van micro-organismen. Er is geen reden of noodzaak om meldingen over het ongewenst of onbedoeld vrijkomen van ggo's ook in de Wpg te regelen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers