



Nota lokaal gezondheidsbeleid

2003 – 2007

*Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg
op basis van
de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid*

Maart 2004

Wat is openbare gezondheidszorg?

Deze nota lokaal gezondheidsbeleid richt zich op de openbare gezondheidszorg.

Er bestaat nog al eens spraakverwarring over de term openbare gezondheidszorg en de inhoud daarvan. Daarom volgt voorafgaand aan de nota de definitie van openbare gezondheidszorg. In deze nota wordt naast de term openbare gezondheidszorg ook de term volksgezondheid gehanteerd.

'Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.' (definitie van het Stimuleringsfonds OGZ)

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
1. Inleiding	3
2. Uitgangspunten voor het lokale gezondheidsbeleid	6
3. Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV	8
4. Bestuurlijke invloed in de openbare gezondheidszorg	18
5. Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Margraten	20
6. Financiële consequenties	25
7. Programmaliijn openbare gezondheidszorg 2003-2007	27
Lijst met afkortingen	29
Bijlage 1 Nota lokaal gezondheidsbeleid: een co-productie	30
Bijlage 2 Gezondheidstoestand in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg	31
Bijlage 3 Vergelijking oude en gewijzigde WCPV	34
Bijlage 4 Wettekst Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	36

Leeswijzer

De nota lokaal gezondheidsbeleid beperkt zich tot de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Dit betekent dat de nota in gaat op wetteksten, verantwoordelijkheden en structuren in de openbare gezondheidszorg. Hiermee is de nota een zeer technisch verhaal geworden hetgeen de leesbaarheid niet ten goede komt. In de samenvatting treft u zeer kort de hoofdlijn van de nota aan. Voor een uitgebreide beschrijving van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV wordt verwezen naar hoofdstuk 3. Na een beschrijving van de belangrijkste wijzigingen in de wet wordt per taak de huidige situatie en de gewenste situatie van die taak beschreven gevolgd door een beslispoint. Deze beslispointen worden op basis van een aantal uitgangspunten, geformuleerd in hoofdstuk 5, verwerkt in de programmaliijn openbare gezondheidszorg 2003-2007.

Samenvatting

De lokale overheid heeft verantwoordelijkheden op het gebied van de openbare gezondheidszorg welke zijn vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Per 1 januari 2003 is de WCPV gewijzigd en zijn de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten uitgebreid.

In de WCPV is bepaald dat de uitvoering van een groot aantal taken door de GGD-en in Nederland dient te gebeuren. Margraten houdt samen met de gemeenten Maastricht, Meerssen, Eijsden en Valkenburg a/d Geul de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg in stand middels een Gemeenschappelijke Regeling. Deze regio wijkt echter af van het Gewest Maastricht en Mergelland. Het Gewest bestaat uit de gemeenten Maastricht, Meerssen, Margraten, Eijsden, Valkenburg a/d Geul, Gulpen-Wittem en Vaals. In deze regio wordt onder andere het beleid aangaande volksgezondheid afgestemd. De uitvoering van de wettelijke taken voor de gemeenten Gulpen-Wittem en Vaals wordt door de GGD Oostelijk Zuid-Limburg verzorgd. Om een goede regie te kunnen voeren is het belangrijk dat gemeenten op de hoogte zijn van hun eigen gemeentelijke verantwoordelijkheden, de verantwoordelijkheden ten opzichte van de grootste uitvoerder, de GGD, en de verantwoordelijkheden in het Gewest Maastricht en Mergelland.

Doel van de nota lokaal gezondheidsbeleid is:

- het in beeld brengen van de verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur in de openbare gezondheidszorg;
- het formuleren van een programmalijn openbare gezondheidszorg voor de jaren 2003 – 2007.

De programmalijn beoogt in 2007 de volgende effecten te hebben bereikt:

- de gemeente Margraten (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Margraten (en de regio-gemeenten in het gewest Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voorzover die in de WCPV zijn vastgelegd.

Ambitieniveau

De gemeente Margraten wil in principe aan haar wettelijke verplichtingen voldoen en brengt in het voorjaar van 2004 een nota lokaal gezondheidsbeleid uit. Echter aan een aantal verplichtingen kan niet voldaan worden:

- het Rijk heeft wegens de val van het kabinet in het najaar van 2002 geen Rijksnota openbare gezondheidszorg uitgebracht waarin speerpunten voor gemeenten geformuleerd zouden worden; hierop kan dus niet in de nota lokaal gezondheidsbeleid worden ingegaan;
- het Rijk heeft voor diverse nieuwe taken (nog) geen richtlijnen en middelen beschikbaar gesteld.

Voorstel is dan ook om in de programmalijn 2003-2007 stapsgewijs toe te werken naar een situatie in het jaar 2007 waarop voldaan wordt aan de wettelijke taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg en waarin de gemeente de regie in de openbare gezondheidszorg hanteert. Op basis van dit fundament kan vanaf 2007 verder vorm worden gegeven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Programmalijn openbare gezondheidszorg 2003-2007

2003

- april 2003: het portefeuillehoudersoverleg van het Gewest Maastricht en Mergelland stelt de nota lokaal gezondheidsbeleid vast
- voorjaar 2004: de afzonderlijke gemeenteraden in het Gewest Maastricht en Mergelland stellen de nota lokaal gezondheidsbeleid vast (gemeente Maastricht vóór 1 juli 2003)
- herziening van het product epidemiologie (gegevensverzameling) in samenwerking met de GGD-ZZL (productbeschrijving wordt in de productbegroting 2004 meegenomen)

2004

- voorjaar 2004: productbegroting 2004 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd
- gemeenten voldoen aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaat worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang (Wbk); Tot de invoering van de Wbk is de inspectietaak kinderopvang in de WCPV vastgelegd
- aanpassing Gemeenschappelijk Regeling GGD-ZZL, deze wordt ter besluitvorming aan de gemeenteraden van de WGR-regio ZZL voorgelegd
- criteria voor het screenen van nota's op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid die aan de colleges worden voorgelegd worden opgesteld door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland; deze worden aan het portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland voorgelegd
- er wordt een voorstel omtrent de ontwikkelingen ten aanzien van de opschaling van de GGD-en in Zuid-Limburg aan de gemeenteraden in de regio ZZL voorgelegd; de Raad heeft op 2 maart 2004 ingestemd met de start van een proces van onderzoek en uitwerking met betrekking tot mogelijk één organisatie voor de openbare gezondheidszorg in Zuid-Limburg
- gemeenten formuleren hun beleid ten aanzien van het bevorderen van medische-milieukundige zorg op basis van het actieprogramma Milieu en Gezondheid en de door het Rijk beschikbaar gestelde instrumenten en middelen
- een ondertekend en gefaseerd convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' van de coördinatiegroep OGGZ wordt aan het portefeuillehoudersoverleg in de regio Maastricht en Mergelland en aan de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd
- het beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg 2005-2006 wordt aan de gemeenteraden in de regio Maastricht en Mergelland ter besluitvorming voorgelegd
- najaar: de productbegroting 2005 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd

2005

- op basis van de door het Rijk afgegeven richtlijnen in 2004 ten aanzien van infectieziektebestrijding wordt het bestaande beleid verbeterd
- indien in het jaar 2004 de gezondheidsenquête heeft plaatsgevonden (na overleg met de GGD-ZZL) wordt de gezondheidstoestand van de burgers in de regio Maastricht en Mergelland in beeld gebracht en gepresenteerd aan de gemeenteraden
- op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête worden beleidsvoorstellen geformuleerd
- najaar: de productbegroting 2006 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio voorgelegd

2006

- evaluatie van de stand van zaken van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg welke in de WCPV zijn vastgelegd
- evaluatie van de productbegroting van de GGD-ZZL
- landelijke, regionale en lokale trends worden in beeld gebracht
- op basis van bovenstaande gegevens wordt een tweede nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld

2007

- voor 1 juli 2007: de afzonderlijke gemeenteraden stellen de (tweede) nota lokaal gezondheidsbeleid vast

1. Inleiding

'Leven in goede gezondheid' wordt door de meeste mensen als eerste genoemd wanneer er naar hun grootste wens wordt gevraagd. De mate van gezondheid is van invloed op de kwaliteit van leven. Iemands gezondheidstoestand bepaalt voor een belangrijk deel zijn doen en laten. Denk bijvoorbeeld aan schoolkeuze, arbeidsinzet, gezinssamenstelling, huisvesting, mobiliteit en vrijetijdsbesteding. Gezondheid is niet alleen een groot goed voor het individu, maar ook voor de maatschappij. De volksgezondheid bepaalt de vitaliteit en de veerkracht van onze samenleving en is een belangrijke input voor onze welvaart.

Aanleiding

Naast de rijksoverheid heeft ook de lokale overheid verantwoordelijkheden op het gebied van de volksgezondheid. De gemeente is, door decentralisatie van een groot aantal taken, steeds meer een spin in het web die relaties kan leggen tussen taken als preventie, zorg, welzijn en andere beleidsterreinen zoals wonen, werken en onderwijs. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) die per 1 januari 2003 is gewijzigd, breidt het Rijk de taken en verantwoordelijkheden voor de lokale overheid uit. Eén van de nieuwe taken is het eenmaal per vier jaar formuleren van het lokale gezondheidsbeleid. Naast deze wettelijke stimulans om een actief gezondheidsbeleid te gaan voeren zijn er vooral inhoudelijke redenen om als gemeente een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. Een gezonde gemeente is een voorwaarde voor burgers om te kunnen participeren, tot zelfontplooiing te komen en bevordert de sociale cohesie in de gemeente. Kortom een gezonde gemeente is een vitale gemeente!

De openbare gezondheidszorg: volop in beweging

Deze nota geeft de stand van zaken in de openbare gezondheidszorg weer voorzover die in het voorjaar van 2003 bekend was. Echter een aantal landelijke trajecten om de openbare gezondheidszorg te versterken is nog niet afgerond. Ook heeft de val van het kabinet in het najaar van 2002 een aantal processen in de openbare gezondheidszorg vertraagd. Zo heeft de landelijke overheid nog geen rijksnota openbare gezondheidszorg uitgebracht en zijn diverse landelijke trajecten om de uitvoering van de WCPV-taken te versterken nog in volle gang. Ook in de regio Zuid Limburg zijn diverse processen gaande (bijvoorbeeld mogelijke opschaling GGD-en) die hun uitwerking op de openbare gezondheidszorg zullen hebben. Indien er meer duidelijkheid over deze processen is zullen deze uiteraard aan de gemeenteraad in separate nota's worden voorgelegd.

Doel

De nota lokaal gezondheidsbeleid heeft tot doel:

- om de verantwoordelijkheden van het openbaar bestuur in de openbare gezondheidszorg in beeld te brengen;
- om voor de jaren 2003-2007 een programmaliijn voor de openbare gezondheidszorg in de gemeente Margraten (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) te formuleren.

De programmaliijn beoogt in 2007 de volgende effecten te hebben bereikt:

- de gemeente Margraten (en de regio-gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Margraten (en de regio-gemeenten in het gewest Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voorzover die in de WCPV zijn vastgelegd.

Reikwijdte en dualisme

Deze nota beperkt zich tot het scheppen van een aantal randvoorwaarden die als fundament nodig zijn voor een goede openbare gezondheidszorg. Van daaruit kan de openbare gezondheidszorg verder vorm worden gegeven. In het kader van het dualistisch openbaar bestuur is het aan de gemeenteraad om de kaders te stellen en controlerend op te treden.

Margraten in de regio

Deze nota is opgesteld voor de gemeente Margraten. Echter vele verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg spelen zich ook buiten de gemeentegrenzen af. Margraten maakt deel uit van:

- *De WGR-regio GGD-Zuidelijk Zuid Limburg*

De WGR-regio (Wet Gemeenschappelijke Regeling) Zuidelijk Zuid Limburg bestaat uit de gemeenten Maastricht, Margraten, Meerssen, Eijsden en Valkenburg a/d Geul. Door deze vijf gemeenten wordt de GGD-ZZL in stand gehouden. De GGD-ZZL is voor de gemeenten de grootste uitvoerder op het gebied van de openbare gezondheidszorg. Een deel van deze nota speelt zich dan ook op het niveau van de WGR-regio af.

- *Het Gewest Maastricht en Mergelland*

De gemeente Margraten maakt ook deel uit van de gemeenschappelijke regeling van het Gewest Maastricht en Mergelland. Het Gewest Maastricht en Mergelland bestaat uit de gemeenten: Maastricht, Margraten, Meerssen, Eijsden, Valkenburg a/d Geul, Gulpen-Wittem en Vaals. Op het niveau van deze regio stemmen de genoemde gemeenten hun breed welzijnsbeleid inclusief het volksgezondheidsbeleid af. Die zaken die niet specifiek de GGD-ZZL betreffen maar wel de volksgezondheid worden op dit regioniveau behandeld.

Coproductie

De nota lokaal gezondheidsbeleid is een samenwerkingsproduct van de regio-gemeenten en diverse instellingen en organisaties in de regio. In bijlage 1 treft u een kort overzicht aan van wat er aan deze nota vooraf ging en welke partijen betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van deze nota.

Besluitvormingsproces

Voor wat betreft de beslispunten op regionaal niveau geldt dat de nota in het portefeuillesoverleg van de beleidsregio Maastricht en Mergelland wordt vastgesteld en dat de colleges van de afzonderlijke gemeenten geadviseerd wordt de beslispunten over te nemen en voor te leggen aan de gemeenteraden. In de afzonderlijke gemeenteraden wordt de nota vervolgens vastgesteld. Indien gemeenteraden besluiten af te wijken van de voorgestelde beslispunten worden deze ter kennisgeving aan het portefeuillesoverleg gebracht.

Lokale speerpunten

Naast regionale speerpunten wordt er in deze nota natuurlijk ook aandacht besteed aan de lokale speerpunten. Naast de gezamenlijke hoofdstukken 1 tot en met 4 wordt hoofdstuk 5 door iedere gemeente afzonderlijk ingevuld.

Ambitieniveau

Alle beleidsterreinen binnen een gemeente hebben wel een link met gezondheidsbeleid. Andersom geredeneerd is het gezondheidsbeleid afhankelijk van het beleid dat op andere terreinen wordt ontwikkeld en uitgevoerd. Van bouw en woningtoezicht, onderwijsbeleid, milieu, sociaal economisch beleid tot het ophalen van het huisvuil. Dit maakt dat deze eerste nota lokaal gezondheidsbeleid gemakkelijk tot een duimdikke nota zou kunnen uitgroeien. Om te voorkomen dat door de bomen het bos niet meer wordt gezien beperkt de nota zich op basis van de trends en ontwikkelingen op landelijk, regionaal en lokaal niveau tot de volgende zaken:

- de wettelijke taken voor gemeenten op het gebied van de volksgezondheid die uit de WCPV voortvloeien. Dit zijn de taken waarvoor de gemeenteraad verantwoordelijkheid draagt en die een gemeente op zijn minst moet invullen in het lokale gezondheidsbeleid;
- zaken die bestuurlijk beïnvloed kunnen worden in de volksgezondheid, waaronder de GGD-ZZL als grootste uitvoerder van de openbare gezondheidszorg in de regio, worden in beeld gebracht.

De speerpunten voortkomend uit deze onderdelen worden voor de periode 2003-2007 vertaald naar een realistische programmaliijn zodat bij het uitbrengen van de volgende nota lokaal gezondheidsbeleid in het jaar 2007 voldaan wordt aan alle wettelijke verplichtingen en de doelen die het Rijk voor ogen heeft.

Het zojuist geformuleerde ambitieniveau is niet het ambitieniveau dat de minister in het jaar 2002 voor ogen had en geformuleerd heeft in de memorie van toelichting bij de vernieuwde WCPV.

Daarin stelt de minister dat gemeenten in de nota expliciet het beleid ten aanzien van de uitvoering van WCVP door de GGD moet bevatten. Tevens dient het lokale gezondheidsbeleid afgestemd te worden met andere beleidsonderwerpen (facetbeleid). Gemeenten dienen in te gaan op de landelijke prioriteiten ten aanzien van collectieve preventie die door het Rijk opgesteld zullen gaan worden. De nota dient een beschrijving van de gezondheidstoestand van de bevolking te geven, moet doelen stellen op bevolkingsniveau en verbanden met andere beleidsterreinen leggen.

Momenteel is het voor de gemeenten niet mogelijk om in de nota in te gaan op de landelijke prioriteiten. De Rijksnota op het gebied van de collectieve preventie is nog niet verschenen vanwege de val van het kabinet in 2002. Ook kan de gemeente Margraten niet ingaan op de beschrijving van de gezondheidstoestand van de burgers van Margraten. Er zijn de afgelopen jaren veel gegevens verzameld door de GGD, ook zijn veel gegevens nog niet ontsloten. De gemeente heeft zich nog onvoldoende verdiept in de vraag aan welke gegevens behoefte is. Het zou nu te voorbarig zijn om op basis van een incompleet document conclusies te trekken. In bijlage 2 is kort enige informatie over de gezondheidstoestand van de burgers weergegeven. Aangezien het verzamelen van gegevens met betrekking tot de gezondheidstoestand van burgers een wettelijke taak is die in de WCPV is opgenomen wordt elders in deze nota (pag. 13) een voorstel geformuleerd om zo spoedig mogelijk aan deze plicht te gaan voldoen.

2. Uitgangspunten voor het lokale gezondheidsbeleid

Inleiding

Iedere burger is primair verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid. Een gemeente is echter medeverantwoordelijk voor de gezondheid van haar burgers. Een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal staat, maar waarbij ook andere partijen zoals zorginstellingen, zorgverzekeraars en welzijnsinstellingen, een deel van de verantwoordelijkheid dragen.

Definitie van gezondheid

Gezondheid wordt opgevat als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden (WHO). De determinanten van gezondheid in de brede betekenis zijn: erfelijke factoren, de fysieke omgeving, de sociale omgeving, de toegang en organisatie van het zorgaanbod en de leefstijl. In deze nota wordt nadrukkelijk gekozen voor deze brede kijk op gezondheid. De lokale overheid kan alleen invloed uitoefenen op de determinanten omgeving en leefstijl. Wat de factor gezondheidszorg betreft kan de lokale overheid alleen die voorzieningen beïnvloeden die met de collectieve volksgezondheid te maken hebben. Gezondheidsvoorzieningen waarbij een individuele zorgvraag van de cliënt aan ten grondslag ligt (bijvoorbeeld huisartsenzorg, specialistische zorg in ziekenhuizen) kunnen door de lokale overheid niet beïnvloed worden. Wel kunnen gemeenten in hun reguliere beleid bijdragen aan randvoorwaarden voor gezondheidszorgvoorzieningen (bijvoorbeeld fysieke bereikbaarheid, parkeerplaatsen e.d.).

Uit onderzoek blijkt dat gezondheid niet gelijk verdeeld is over de bevolking. Vrouwen hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan mannen. De gezondheid neemt af met het ouder worden. Bovendien is aangetoond dat mensen in een lagere sociaal-economische positie een slechtere gezondheid hebben dan anderen.

Visie op gezondheid

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. De gedachte dat de gezondheid van een persoon voor een groot deel bepaald wordt door de factoren omgeving en leefstijl (dus factoren die buiten het domein van de gezondheidszorg) liggen wordt onderstreept.

Visie op lokaal gezondheidsbeleid

Het lokale gezondheidsbeleid richt zich in deze nota op de openbare gezondheidszorg. Het stimuleringsfonds OGZ hanteert de volgende definitie *'Openbare gezondheidszorg bevat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Openbare gezondheidszorg richt zich op de gezondheid van de gehele bevolking of groepen daarin, vindt veelal plaats zonder dat er een individuele hulpvraag aan ten grondslag ligt en komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.'*

Het algemene doel van lokaal gezondheidsbeleid is *het bevorderen van gelijke kansen op gezondheid voor iedereen.*

Het beleid richt zich dus niet op het bevorderen van de gezondheidssituatie van een individu zelf, maar op de kansen op gezondheid voor een populatie als geheel. Met andere woorden: voorkomen is beter dan genezen.

Uitgangspunten van het lokale gezondheidsbeleid zijn:

- iedere burger is primair verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gezondheid;
- zo gelijk mogelijke kansen op gezondheid voor iedereen door het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen;
- de bevordering van gezond leven, zo dicht mogelijk bij de burger (buurt/kern-gericht) met name bij burgers in achterstandssituaties, enerzijds door het stimuleren van gezond gedrag en het faciliteren daarvan, anderzijds door zoveel mogelijk schadelijke factoren in de omgeving te beperken;

- de versterking van de samenwerking tussen de collectief gerichte openbare gezondheidszorg en de gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste lijn (bijv. huisartsenzorg), tweede lijn (bijv. ziekenhuizen) en derde lijn (bijv. verpleeghuiszorg);
- de gemeente hanteert een integrale benadering (facetbeleid) voor het gezondheidsbeleid;
- de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland maken daar waar mogelijk regionale afspraken gebaseerd op goed overleg met het veld.

De gemeente als regisseur van het lokale gezondheidsbeleid

De gemeente is de aangewezen partij om de regie over het lokale gezondheidsbeleid te voeren omdat,

- het lokale bestuur bij uitstek geschikt is en in de positie verkeert om alle relevante partijen aan tafel te krijgen die nodig zijn voor een integraal en pro-actief gezondheidsbeleid;
- het lokale bestuur het dichtst bij de burgers staat en de lokale situatie in zijn volle breedte kent;
- het lokale bestuur zowel intern de regie kan voeren over de verschillende gemeentelijke afdelingen als extern over particuliere instellingen en gesubsidieerde organisaties.

De regierol houdt in dat de gemeente het netwerk van het beleidsterrein kent en onderhoudt, zich actief opstelt, samen met de partners doelen formuleert, draagvlak creëert en richting geeft aan de samenwerking.

3. Gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg op basis van de WCPV

Inleiding

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) legt sinds 1989 aan gemeenten een aantal taken op om de gezondheidssituatie van de bevolking te bewaken en om specifieke taken in de openbare gezondheidszorg uit te voeren. Ook regelt de WCPV sinds 1989 het bestaan van een landelijk dekkend netwerk van GGD'en en de aansturing van de GGD'en door de gemeenten.

In 1995 sprak de Inspectie voor de Volksgezondheid naar aanleiding van een evaluatie van de WCPV haar zorg uit over de bestuurlijke betrokkenheid bij de openbare gezondheidszorg. Toenmalig minister Borst stelde op basis van bovenstaande uitkomst van de evaluatie de Commissie Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid (ook wel Commissie Lemstra) in. Deze Commissie stelde dat:

- de samenwerking tussen de verschillende overheden en ook de gemeenten onderling beter zou moeten;
- de relatie tussen de gemeente(n) en de GGD verbetering behoeft;
- de integrale aanpak van de gemeentelijke verantwoordelijkheden voor volksgezondheid benadrukt dient te worden.

In juli 2000 werd door het kabinet besloten om een aantal extra taken en verantwoordelijkheden voor gemeenten te verankeren in een vernieuwde WCPV. De wetswijziging is per 1 januari 2003 van kracht gegaan.

Sinds 1989 hebben gemeenten dus al specifieke taken en verantwoordelijkheden die in de WCPV zijn vastgelegd. Deze taken waren zeer beknopt omschreven en destijds hebben de GGD-en invulling gegeven aan de uitvoering van de diverse wettelijke taken. Inmiddels, bijna 15 jaar later, zijn er verschillende redenen om de wettelijke taken en verantwoordelijkheden nader te bekijken:

- er zijn nieuwe taken bijgekomen;
- de gewijzigde WCPV beschrijft een aantal taken explicieter waardoor gemeenten nadrukkelijker op hun verantwoordelijkheden worden gewezen;
- het is belangrijk dat een gemeenteraad weet waarvoor zij verantwoordelijk is en dus ook weet waarop zij kan worden aangesproken;
- de gemeenteraad bepaalt hoe en in welke mate er invulling wordt gegeven aan de wettelijke verplichtingen.

In het navolgende worden de wijzigingen in de WCPV beschreven. Daarna wordt bekeken in hoeverre - in de huidige situatie - aan de wettelijke taken wordt voldaan en wordt de gewenste situatie omschreven. Als laatste volgt een kader met daarin de beslispunten aangaande de gemeentelijke wettelijke taken.

Wijzigingen in de WCPV

In de gewijzigde wet is de definitie van collectieve preventie aangescherpt. Onder collectieve preventie wordt nu verstaan: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsmede het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. De collectieve preventie richt zich dus niet in de eerste plaats op ziekte en zieken, maar meestal op in principe (nog) gezonde mensen. Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Het doel is gezondheidswinst: het verlengen van gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van het leven. In de gewijzigde WCPV blijft de gemeente ervoor verantwoordelijk dat collectieve preventietaken worden uitgevoerd. De gemeente draagt daarbij zorg voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie en met de curatieve gezondheidszorg.

Een van de grootste veranderingen van de WCPV is dat gemeenten nu verplicht zijn om vóór 1 juli 2003 en vervolgens éénmaal per vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid omvat meer dan de uitvoering van de WCPV door de GGD. Het dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke onderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, milieu, welzijn).

De WCPV geeft de gemeenten naast verplichtingen ook een zekere vrijheid om middelen daar in te zetten waar ze het meest nodig zijn. Een gemeente kan er zelf voor kiezen of bepaalde onderwerpen in de nota worden verbreed of verdiept. De gemeentelijke beleidsvrijheid van de WCPV brengt daarnaast met zich mee dat plaatselijke accentverschillen zullen bestaan waar gemeenten specifiek gezondheidsbeleid voeren.

Een andere wijziging in de WCPV is dat gemeenten voortaan voorafgaand aan het opstellen van een nota gezondheidsbeleid gegevens moeten verzamelen. Dit zijn onder andere de epidemiologische gegevens die de GGD kan aanleveren. Deze gegevens omtrent de gezondheidssituatie moeten op gelijkvormige wijze worden verzameld en geanalyseerd. De achterliggende gedachte is dat monitoren essentieel is om de effecten van interventies te meten. Alle GGD'en werken samen aan een uitwisseling van gegevensaanlevering.

In bijlage 3 worden de wettelijke taken voor gemeenten op basis van de vernieuwde WCPV weergegeven en vergeleken met de wetteksten uit de oude situatie. Per wettelijke taak wordt de wettekst aangehaald en de eventuele toelichting zoals die in de WCPV is opgenomen.

Nota lokaal gezondheidsbeleid

In artikel 3b WCPV staat aangegeven dat in een nota lokaal gezondheidsbeleid minimaal aangegeven dient te worden hoe uitvoering wordt gegeven aan de volgende taken (voor de volledige wettekst wordt verwezen naar bijlage 4) :

A) het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie alsmede de onderling afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg (art. 2 lid 1 WCPV);

Ter verwezenlijking hiervan draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor (art. 2 lid 2 WCPV):

- A1) Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- A2) Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- A3) Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventie-programma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- A4) Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- A5) Het bevorderen van technische hygiënezorg;
- A6) Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg

B) de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (art. 3a lid 1 WCPV)

Ter verwezenlijking hiervan draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor (art. 3a lid 2 WCPV):

- B1) Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren;
- B2) Het ramen van de behoeften aan zorg;
- B3) De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- B4) Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- B5) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

C) Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijk gezondheidsdienst (art. 5 lid 2 WCPV).

Naast de hier bovengenoemde verplichte onderdelen van het lokale gezondheidsbeleid staan er in de WCPV nog twee andere onderdelen waarvoor gemeenteraden verantwoordelijk zijn. Om een compleet beeld te scheppen van de verantwoordelijkheden van het lokale bestuur op basis van de WCPV worden ook de deze onderdelen aan de nota lokaal gezondheidsbeleid toegevoegd.

D) Infectieziektebestrijding (art. 3 WCPV)**E) Instandhouding van de GGD (art. 5 lid 1 en art. 6 WCPV)****Ad A1. Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking***Huidige situatie:*

De GGD-ZZL registreert diverse gegevens met betrekking tot de gezondheidssituatie van de bevolking. Naast gegevens die op landelijk niveau door bijvoorbeeld het CBS en NIZW worden verzameld houdt de GGD ook zelf eenmaal per vijf jaar een gezondheidsenquête. Middels een (5%) steekproef uit de volwassen populatie (19 – 75 jaar) van de regio ZZL wordt een groot aantal mensen schriftelijk diverse vragen voorgelegd. Onder de jeugd wordt een aparte enquête gehouden, de JongerenPeiling. In samenwerking met de andere GGD-en in Limburg en met scholen in België en Duitsland wordt de schoolgaande jeugd in de leeftijd van 12-19 jaar eenmaal per 5 jaar gevraagd mee te werken aan dit grootscheepse onderzoek naar genotmiddelengebruik en (riskant) gedrag bij scholieren in het voortgezet onderwijs. Bijna alle scholen voor voortgezet onderwijs (85 van de 87) in Limburg participeren. Ook wordt eenmaal per 5 jaar een jongerenonderzoek uitgevoerd onder leerlingen van klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs. Naast de gegevens uit de gezondheidsenquête, de jongerenpeiling en het jongerenonderzoek bezit de GGD-ZZL ook een bron aan informatie voortkomende uit het regionaal indicatie orgaan (RIO), de periodieke geneeskundige onderzoeken in de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. Deze informatie wordt nog onvoldoende benut bij het beschrijven van de gezondheidstoestand van de burgers in de regio ZZL. Gemeenten hebben zich tot op heden nog te weinig afgevraagd aan welke informatie zij met betrekking tot de openbare gezondheidszorg behoefte hebben.

Gewenste situatie:

Zowel de landelijke overheid als de provinciale en lokale overheid leggen steeds meer nadruk op een goede registratie en analyse van verzamelde gegevens. Hiermee wordt inzicht verschaft in de gezondheidssituatie van de burgers en deze kan en moet als input voor beleid gebruikt worden. De landelijke overheid heeft reeds het initiatief genomen om met GGD-Nederland een blauwdruk te maken voor het verzamelen van data. In 2004 zal helder zijn in welke data een gemeente minimaal inzicht moet krijgen en op welke manier deze data verzameld zal moeten worden. Een landelijk afstemming van gegevensverzameling maakt het mogelijk dat GGD-regio's en gemeenten onderling vergeleken kunnen worden.

De WCPV legt aan de gemeenten de verplichting op om eenmaal per vier jaar een nota uit te brengen gebaseerd op epidemiologische gegevens. De gewenste frequentie van de dataverzameling dient aan deze nieuwe situatie aangepast te worden. Naast de landelijke kaders zullen gemeenten zelf moeten formuleren aan welke gegevens zij behoefte hebben. Het betreft hier o.a. aanvullende informatie over de gezondheidstoestand van verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren in de leeftijd van 5-12; allochtonen, mensen in bepaalde kernen, etc). Informatiebronnen die nog onvoldoende benut worden dienen geactiveerd te worden.

Beslispunt 1

- de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland herzien het product epidemiologie op het huidige eisen en wensen-niveau zodat de verzamelde data ook daadwerkelijk als input voor beleid gebruikt kunnen en gaan worden. Hierbij wordt naast de methode van gezondheidsenquêtes ook de informatie van het RIO, de JGZ en de infectieziektebestrijding betrokken
- de gemeenten formuleren in overleg met de epidemioloog van de GGD-ZZL en het epidemiologen platform van de GGD-en in Limburg hoe invulling gegeven kan worden aan de verhoogde frequentie van dataverzameling en de afstemming met de uitgave van de nota's en het landelijke traject van standaardisering.
- nadat de analyse van de gegevens door de GGD is gedaan wordt het resultaat aan de gemeenten teruggekoppeld
- in overleg wordt afgesproken welke acties er op basis van de gegevens genomen moeten worden

Ad A2. Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen*Huidige situatie:*

Jaarlijks worden er honderden besluiten genomen door de colleges en de gemeenteraden. Niet alle besluiten worden op voorhand gecheckt op mogelijke consequenties voor de volksgezondheid. Zo kan bijvoorbeeld de aanleg van drempels in bepaalde kernen of straten gevolgen hebben voor de aanrijdtijd van ambulances.

Gewenste situatie:

Alle plannen die aan de colleges ter besluitvorming worden voorgelegd dienen een verplichte check te ondergaan waarin wordt aangegeven of de voorgestelde besluiten van invloed zijn op de volksgezondheid van de burgers. Om dit doel te bereiken worden criteria opgesteld waaraan beleidsvoorstellen getoetst kunnen worden. De criteria kunnen tevens als input gebruikt worden om een impuls te geven aan het gemeentelijke facetbeleid ten aanzien van de volksgezondheid.

Beslispunt 2

- er worden door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de regio Maastricht en Mergelland criteria opgesteld zodat nota's die aan de colleges ter besluitvorming worden voorgelegd worden gecheckt op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid

Ad A3. Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding*Huidige situatie:*

De publieksvoorlichting met betrekking tot gezondheid en opvoeding is binnen de GGD-ZZL gebundeld in de Gezondheidswijzer. De opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's wordt vormgegeven binnen de programma's Hartslag en Schoolslag. De laatste jaren is op dit punt door de GGD-ZZL intersectoraal gewerkt d.w.z. dat preventieprogramma's worden afgestemd met organisaties, instellingen en partners in de regio.

- Gezondheidswijzer

De Gezondheidswijzer is de afgelopen jaren uitgegroeid tot een groot samenwerkingsverband van 32 organisaties in Zuid-Limburg. In gezamenlijkheid worden preventieactiviteiten aangeboden, afgestemd en kiest men prioriteiten. De activiteiten richten zich op het grote publiek via advertenties in dagbladen, lokale bladen, telefoonservice, lokale voorlichtingsbijeenkomsten, etc.

- Hartslag en Schoolslag

Hartslag en Schoolslag zijn als projecten opgezet, doch zij voeren een groot deel van de reguliere preventieprogramma's van de GGD-ZZL uit. Hartslag richt zich vooral op preventieve activiteiten ter voorkoming van hart en vaatziekten, kanker, diabetes en overgewicht. Het betreft gezonde voeding, stoppen met roken activiteiten, meer bewegen, verminderen van stress, matigen van alcoholgebruik. De activiteiten vinden dicht bij de mensen plaats, in de kernen, en zijn gericht op het bereiken van groepen met een lage sociaal economische status (LSES). Tevens richt het project zich op de hoogrisicogroepen, dat wil zeggen mensen die bij de huisarts of in het AZM in behandeling zijn voor hart en vaatziekten. De hoogrisicogroepen zijn zeer gemotiveerd om hun leefstijl te veranderen. Het hoogrisicoproject wordt gefinancierd door de zorgsector (VGZ en AZM). Schoolslag is een gezamenlijk initiatief van de GGD, Riagg, Trajekt, Bureau Jeugdzorg en het CAD. Samen stemmen zij hun preventieve activiteiten af en bieden scholen in de regio Maastricht en Mergelland een preventiepakket op maat aan. De genoemde organisaties willen in plaats van aanbod-gericht de scholen in de regio op basis van gewenste vragen bedienen. Hieronder zijn ook de preventieactiviteiten in het kader van 'Gezonde school en genotmiddelen' geschaard. Doelgroep is de schoolgaande jeugd van 5-19 jaar. Uitbreiding van 5 – 19 jaar naar 0-23 jaar wordt momenteel gezien.

Gewenste situatie:

- de preventieve activiteiten nog meer afstemmen op elkaar en laten integreren, zowel inhoudelijk als financieel, in de structurele activiteiten van de GGD-ZZL

- aparte projectstructuren komen hiermee te vervallen voor wat betreft de preventieve activiteiten
- op basis van de lokale gezondheidsgegevens en trends in de samenleving prioriteiten aanbrengen in de aangeboden preventieprogramma's: voor dit moment geldt als doelgroep de burgers met een lage sociaal economische status en/of burgers met minder kansen op gezondheid
- naast regionale aanpak aandacht voor gerichte activiteiten op kern niveau
- zoveel mogelijk gebruik maken van bewezen methodes
- evalueren of de gebruikte methode daadwerkelijk de gewenste resultaten oplevert

Beslispunt 3

- de preventieactiviteiten loskoppelen van projectstructuren en onderbrengen in de reguliere taken van de GGD-ZZL
- op basis van de gegevens uit de gezondheidsenquête en aan de hand van evaluaties van de programma's het beleid bijstellen in het jaar 2004
- preventieactiviteiten richten zich in de eerste plaats op burgers met een lage sociaal economische status en/of burgers met minder kansen op een goede gezondheid

Ad A4. Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg

Onder medisch-milieukundige zorg wordt verstaan, het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen of laten doen van onderzoek.

Huidige situatie:

Hoewel er sprake is van verschillende beleidsterreinen, denk aan stofvorming, bodem-, water- luchtverontreiniging, stank-, geluid- en lichthinder, diverse soorten van straling en openbare veiligheid, vindt de informatie verstrekking direct naar één hooguit twee personen plaats. Hierdoor is er geen sprake van specialisme, zodat dit soort kennis ad-hoc wordt ingehuurd. Het kan gebeuren dat de gezondheidsaspecten te laat of niet meegenomen worden, omdat dit aspect nog niet definitief verankerd is binnen alle beleidsvelden van het gemeentelijk apparaat. Het huidige beleid is voornamelijk gebaseerd op een reactief proces. Men komt in actie nadat een vraag of klacht ingebracht wordt. Wel wordt op enkele beleidsterreinen op ad-hoc basis een medisch-milieukundig advies ingewonnen. Hier tracht de gemeente dan ook een preventief of pro-actief beleid te voeren.

Gewenste situatie:

Op de verschillende beleidsterreinen zal een preventiever proces plaats moeten vinden. De gezondheid moet eerder in het traject een grotere rol spelen. Er zal dus eerder en vaker advies ingewonnen moeten worden. Hierdoor is het mogelijk om op een preventieve wijze het beleid beter - en op langer termijn ook sneller - op de medisch-milieukundige zorg af te stellen. Vooral bij grote projecten zoals grote bouwprojecten, infrastructuurprojecten of herstructureringsprojecten valt grote winst te behalen. Bij deze projecten is ook de monitoring makkelijker en het uiteindelijke rendement duidelijk zichtbaar te maken.

De medisch-milieukundige zorg is regionaal weggezet bij de GGD Zuidelijk Zuid Limburg. De Gemeente Margraten kan daardoor beschikken over de kennis van de GGD en kan advies vragen indien milieu en gezondheid elkaar dreigen te raken of zelfs te overlappen. De GGD-ZZL beschikt over deze deskundigheid, zij het dat de capaciteit beneden het gewenste niveau is. Daarnaast kan de GGD een beroep doen op de 2e lijns deskundigheid in de vorm van een arts medische milieukunde die voor alle GGD's in Limburg werkt.

Beslispunt 4

- de resultaten van het actieprogramma Milieu en Gezondheid dat door het Rijk zal worden opgesteld afwachten i.v.m. het beschikbaar stellen van middelen en instrumenten
- op basis van onder andere het actieprogramma Milieu en Gezondheid formuleren de gemeenten hun beleid in het jaar 2004

- milieugezondheidskunde is een zeer specialistisch vak, bij voorkeur wordt dit product op Zuid-Limburgs of provinciaal niveau aangeboden door de drie GGD-en (er is reeds een intensieve samenwerking)
- in afwachting van het Rijksbeleid voor het jaar 2003 productafspraken maken met de betreffende GGD in Zuid-Limburg voor de lopende zaken

Ad A5. Het bevorderen van technische hygiënezorg

Huidige situatie:

De GGD-ZZL voert voor de deelnemende gemeenten de inspectietaak kinderopvang uit. Per 1 januari 2005 wordt deze inspectietaak overgeheveld naar de Wet basisvoorziening kinderopvang. Vooruitlopend op de strengere eisen in de nieuwe wet hebben GGD Nederland en de VNG een traject uitgezet om nu reeds naar de vernieuwde situatie toe te werken. Wat betreft de andere inspectietaken die in de nieuwe WCPV staan genoemd (piercing en tattooshops, grootkeukens, campings) loopt er momenteel een traject in Nederland om te komen tot eenduidige richtlijnen.

Gewenste situatie:

Per 1 januari 2005 voldoen de gemeenten in de regio ZZL aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaan worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang. Afhankelijk van de landelijke richtlijnen en mogelijke financiering ten aanzien van andere inspectietaken wordt voorgesteld deze wettelijke taak te zijner tijd op te gaan pakken.

Beslispunt 5

- gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland voldoen per 1 januari 2005 aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaan worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang
- in afwachting van landelijk beleid ter bevordering van technische hygiënezorg (exclusief de kinderopvang) worden er momenteel geen actiepunten op dit item ondernomen

Ad A6. Het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg

Huidige situatie:

Om op lokaal niveau de gemeenten te ondersteunen en te stimuleren OGGZ-beleid te formuleren en uit te voeren hebben het ministerie van VWS, de VNG, GGD Nederland, GGZ Nederland, de Federatie Opvang (FO) en Zorgverzekeraars Nederland een convenant getekend. Het doel van het convenant is dat in het gehele land afspraken gemaakt worden over het maken en uitvoeren van het OGGZ-beleid en dat deze formeel worden vastgelegd in lokale convenanten. Tevens heeft men de minimale afspraken geformuleerd waaraan een lokaal convenant moet voldoen:

- uitwerking van het basisaanbod van OGGZ-activiteiten, gemeenschappelijke doelstellingen en prioriteiten, zoveel mogelijk vertaald in meetbare prestaties en effecten;
- verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de bij de OGGZ betrokken instellingen (ketenmanagement);
- vorm en inhoud van het overleg (politiek-bestuurlijk, uitvoering en financiering);
- minimumeisen en randvoorwaarden voor de kwaliteit van de OGGZ, in aanvulling op de primaire verantwoordelijkheid van de instellingen;
- wijze van verantwoording.

Het minimumaanbod van OGGZ-activiteiten bestaat uit:

- samenwerkingsverband;
- crisisopvang/acute zorg;
- dak en thuislozenzorg;
- bemoeizorg;
- preventie;
- psychosociale hulpverlening na rampen;
- sociale kaart;

- onderlinge consultatie;
- signalering en beleidsadvisering.

Gewenste situatie:

Tot 1 januari 2003 werden in de regio Maastricht en Mergelland de thema's in de OGGZ niet integraal opgepakt. Er waren verschillende overlegstructuren waarin deelgebieden afzonderlijk aan bod kwamen. Op 20 november 2002 kwamen de regiogemeenten en de partners in het OGGZ-veld bijeen om met elkaar afspraken te maken over de openbare geestelijke gezondheidszorg. Hierbij hebben de gemeenten een nieuwe structuur voorgesteld en uitgesproken dat men in samenwerking met het veld de minimale afspraken in een convenant wil gaan vastleggen. Per 1 januari 2003 is de nieuwe structuur ingevoerd bestaande uit de stuurgroep OGGZ, de coördinatiegroep OGGZ en diverse werkgroepen. Er wordt door de coördinatiegroep in het jaar 2003, conform de landelijke richtlijnen, een convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' opgesteld waarin prioriteiten worden uitgewerkt en worden gefaseerd. Dit convenant zal in 2004 door de partners in de OGGZ ondertekend gaan worden.

Beslispunt 6

- invoering nieuwe structuur OGGZ per 1 januari 2003
- ontwikkeling convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' door de coördinatiegroep OGGZ
- in 2004 wordt het convenant aan het Portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd en vervolgens aan de partners in de OGGZ ter ondertekening voorgelegd

Ad B De uitvoering van de integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

Samen met de regiogemeenten, GroeneKruis Zorg, de GGD-ZZL en de GGD-OZL zijn er twee regionale bijeenkomsten geweest in het jaar 2002 ter voorbereiding op de integratie van de zorg. Er is een beleidsplan opgesteld voor de jaren 2003 en 2004 waarin de beleidslijnen zijn uitgewerkt en een plan van aanpak is weergegeven. Vanwege de veelomvattendheid van deze nieuwe wettelijke taak zijn de beslispunten aangaande de integratie van de jeugdgezondheidszorg apart aan de gemeenteraden voorgelegd. Op 25 februari 2003 ging de gemeenteraad reeds akkoord met de volgende punten:

1. Vaststelling JGZ-taken 0-4 conform Basistakenpakket
2. Financiering uniform deel Basistakenpakket JGZ 0-4
3. Maatwerk deel JGZ 0-4 2003 conform Trv-plan 2002/2003
4. Taken en financiering JGZ 4-19 via productbegroting GGD-ZZL en via PKA GGD-OZL
5. Eén gemeentelijk aanspreekpunt JGZ 0-19 in het Gewest Maastricht en Mergelland (gemeente Maastricht_
6. Implementatie en ontwikkeling integrale JGZ 0-19

Ad C Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst

Huidige situatie:

De nota's betreffende de openbare gezondheidszorg worden na overleg met de GGD aan de colleges en/of raden voorgelegd. Zo ook deze nota lokaal gezondheidsbeleid. Nota's die vanuit andere beleids-terreinen opgesteld worden en die gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid worden niet of onvoldoende met de GGD kortgesloten.

Gewenste situatie:

Indien de besluiten die worden genomen door de colleges van B&W vooraf middels vastgestelde criteria gescreend worden op mogelijke gevolgen voor de collectieve preventie dan zou tijdig advies bij de GGD-ZZL ingewonnen moeten worden. **Zie beslispunt 2.**

Ad D. Infectieziektebestrijding

Huidige situatie:

- Algemene infectieziektebestrijding

De GGD-ZZL werkt op systematische wijze om nieuwe ziektegevallen van de algemene infectieziekten terug te brengen. Aan gemeenten wordt jaarlijks over infectieziekten gerapporteerd.

- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen waaronder AIDS

De GGD-ZZL werkt op systematische wijze om het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen en AIDS terug te dringen.

-Tuberculosebestrijding

De GGD-ZZL zoekt actief naar TBC-patiënten en geïnfecteerden, stelt een behandeling in en begeleidt deze mensen tijdens de behandeling. Verschillende risico-groepen worden gescreend, waaronder immigranten, asielzoekers, dak en thuislozen en werkers in risico-instellingen (ziekenhuizen en dergelijke), (mantoux-prik en/of röntgenonderzoek).

-Bron en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten

-Het geven van voorlichting en begeleiding

Gewenste situatie:

De landelijke overheid, GGD-Nederland en de VNG constateerden dat de organisatie van de infectieziektebestrijding op onderdelen kwetsbaar is en dat niet volledig kon worden voldaan aan de wettelijke eisen en maatschappelijke wensen van snelheid, kwaliteit en betrouwbaarheid. In opdracht van het ministerie van VWS is daarom het project VISI (Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding) gestart. Dit project wordt momenteel door de GGD'en in Nederland uitgevoerd. Eind 2003 worden de resultaten verwacht en worden landelijke modellen ontwikkeld.

Beslispunt 7

- het bestaande beleid handhaven en op basis van de resultaten van het VISI-traject het beleid ten aanzien van deze wettelijke taak verbeteren. Het ministerie van VWS zal in samenwerking met de VNG en GGD-Nederland landelijke richtlijnen afgeven in het jaar 2004

Ad E. Instandhouding van de GGD

In de regio Maastricht en Mergelland dragen de gemeenten Maastricht, Meerssen, Eijsden, Valkenburg en Margraten middels een gemeenschappelijke regeling zorg voor de instandhouding van de GGD Zuidelijk Zuid Limburg. De GGD-ZZL beschikt over de in artikel 6 WCPV genoemde deskundigen. De gemeenten Gulpen-Wittem en Vaals dragen met de overige gemeenten in de regio Parkstad zorg voor de instandhouding van de GGD Oostelijk Zuid Limburg.

GGD-ZZL: doel en taken

Door de vijf gemeenteraden in de regio Zuidelijk Zuid Limburg is een gemeenschappelijke regeling aangegaan om de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zuidelijk Zuid-Limburg als openbaar lichaam in te stellen. Het doel van de GGD-ZZL is het leveren van een bijdrage aan de gezondheidsbevordering en bescherming van de inwoners van het district of specifieke groepen daaruit. Om dit doel te bereiken voert de GGD-ZZL taken op basis van de WCPV voor de deelnemende gemeenten uit. Daarnaast voert de GGD-ZZL ook andere taken uit waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn die al dan niet voortvloeien uit andere algemene wetgeving en in de gemeenschappelijke regeling zijn opgenomen. Deze taken zijn:

- de instandhouding van een Centrale Post Ambulancevervoer;
- het verlenen van ambulancehulp overeenkomstig de bepalingen van de Wet Ambulancevervoer;
- het dragen van verantwoordelijkheid van en het leveren van bijdragen aan de geneeskundige hulpverlening bij rampen (Brandweerwet, Rampenwet, Wet GHOR, milieuwetgeving);
- verrichtingen conform de Wet op de Lijkbezorging, de Quarantainewet, wetgeving inzake infectieziekten en sociale en overige door de gemeenten uit te voeren wetgeving voorzover daarbij medische vraagstellingen in het belang van de openbare gezondheidszorg aan de orde komen;

- het leveren van medische diensten ten behoeven van politie en justitie;
- het instellen en instandhouden van een regionaal indicatieorgaan als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- het verrichten van keuringen en medische onderzoeken alsmede het geven van adviezen ten behoeve van derden.

Ook voert de GGD-ZZL niet-wettelijke taken en projecten uit en voert zij commerciële taken uit waaronder reizigersvaccinaties, bedrijfshulpverlening en cursussen EHBO.

Gemeente is beleidsbepaler

Het Algemeen Bestuur van de GGD-ZZL, bestaande uit drie leden van het College van B&W en gemeenteraad per deelnemende gemeente, besluit of en in hoeverre wijzigingen worden aangebracht in het takenpakket. Zoals ook de commissie Lemstra constateerde lieten gemeenten in het verleden het beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg over aan de GGD-en, er was weinig bemoeienis van de lokale overheid. Dit was ook het geval in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg. Nu de gemeenten hun regierol in de openbare gezondheidszorg oppakken betekent dit voor de GGD-ZZL dat zij in hun rol als beleidsuitvoerder en beleidsadviseur gebracht worden.

Van inputbegroting naar productbegroting

Nu de GGD-ZZL zich in een overgangsfase naar een productbegroting beweegt worden alle producten en de productprijzen inzichtelijk. Gemeenten kunnen middels dit instrument beter vorm geven aan hun regierol door die producten te vragen en te kiezen die binnen het gemeentelijke gezondheidsbeleid passen. Het productkeuzemodel wordt aan het begin van het jaar 2004 aan de gemeenteraden van de deelnemende gemeenten voorgelegd zodat zij hun keuzes voor het jaar 2004 kunnen maken.

Ontwikkelingen

Momenteel vinden er diverse ontwikkelingen plaats die mogelijk van invloed zijn op het takenpakket en de omvang van de GGD-ZZL:

- integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar

De integratie van de 0-4 jarigen zorg door Groene Kruis Zorg en de 4-19 jarigen zorg door de GGD-ZZL is inhoudelijk ingezet. Het Rijk laat het aan de regio's in het land over om vorm te geven aan de organisatiestructuur. De kosten van een eventuele samenvoeging van beide organisatie-onderdelen zijn dus ook voor rekening van de lokale overheden. Momenteel is de integratie inhoudelijk ingezet. Over de organisatiestructuur is door de regio nog geen uitspraak gedaan.

- robuuste RIO-vorming

In het kader van de robuuste RIO-vorming wordt er uitvoering gegeven aan een samenwerkingsovereenkomst tussen de GGD-ZZL en GGD Westelijke Mijnstreek.

- opschaling Centrale Post Ambulancevervoer (cpa)

Op het hoofdbureau voor politie te Maastricht, is een co-locatie ontstaan voor de meldingen voor ambulances, brandweer en politie. De cpa is hiermee uit de GGD-en getild en op Zuid-Limburgs niveau georganiseerd. De bestuurscommissie cpa is echter wel bij de GGD-ZZL ondergebracht. Ook het personeel van de cpa is in dienst van de GGD-ZZL. Deze zal indien de Regionale Ambulance Vervoervorming tot stand komt, opgaan in de RAV.

- RAV-vorming

De regionale ambulancevervoer-vorming is reeds een aantal jaren geleden in gang gezet. Doel is te komen tot één geïntegreerde ambulancezorg in de regio Zuid Limburg. Dit biedt voordelen in met name in geval van grote ongevallen en rampen. De samenwerking met de GHOR is essentieel. Inhoudelijk gezien is de RAV rond, echter financiële obstakels moeten nog uit de weg geruimd worden.

- Forensische geneeskunde

De drie GGD'en hebben een gezamenlijk ondernemingsplan en plan van aanpak opgesteld om de forensische zorg vorm te geven op Zuid-Limburgs niveau.

- Opschaling wettelijke taken

Ook op het vlak van de wettelijke taken hebben de drie GGD-en samenwerkingsafspraken gemaakt. Zo worden epidemiologische onderzoeken gezamenlijk voorbereid en uitgevoerd, milieugezondheidskunde wordt op Zuid-Limburgs niveau aangeboden, er vindt steeds meer samenwerking plaats op het gebied van de infectieziektebestrijding. Inhoudelijk groeien de GGD-en steeds meer naar elkaar toe.

- Samenwerking in de keten

Naast de ontwikkelingen rondom schaalvergroting en samenwerking tussen de GGD'en doen zich ook ontwikkelingen voor die gericht zijn op samenwerking en integratie met ketenpartners. Enerzijds betekent dit een versterking van de community-based benadering (kern- en schoolgerichte gezondheidsbevordering), anderzijds een verbetering in de afstemming tussen preventie en curatie. Voor dit laatste is samenwerking met de curatieve gezondheidszorg, het azM en de UM van belang.

- Opschaling regio

Gezien het relatief kleine verzorgingsgebied per GGD in Zuid-Limburg en de zeer specialistische kennis die nodig is voor een aantal taken wordt er steeds meer samengewerkt tussen de drie GGD-en. De Raad heeft op 2 maart 2004 ingestemd met de start van een proces van onderzoek en uitwerking met betrekking tot mogelijk één organisatie voor de openbare gezondheidszorg in Zuid-Limburg.

Consequenties van de ontwikkelingen voor werkwijze en huisvesting

De hierboven beschreven ontwikkelingen hebben invloed op de organisatie en omvang van de GGD, zowel wat betreft werkwijze als huisvesting. Opschaling van een aantal taken op Zuid-Limburgs niveau betekent dat er afspraken gemaakt dienen te worden vanuit welke GGD de taken uitgevoerd gaan worden.

WGR

Ondanks het invoeren van het duale stelsel in de lokale politiek blijft de WGR de komende jaren nog ongewijzigd. Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft nog enkele jaren nodig om ook de WGR te dualiseren. De invoering van de productbegroting geeft aanleiding om de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL te herzien. Nieuwe termijnen voor het indienen van productbegroting en rekening dienen opgenomen te worden.

Beslispunt 8

- gemeenten voeren de regie ten aanzien van de openbare gezondheidszorg en ten aanzien van de grootste uitvoerder in de openbare gezondheidszorg, de GGD-ZZL
- de GGD-ZZL heeft een beleidsuitvoerende en beleidsadviserende rol in de openbare gezondheidszorg
- de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL dient herzien te worden voor de invoering van de productbegroting per 1-1-2004
- gezien de huidige ontwikkelingen de mogelijkheid tot intensieve samenwerking of opschaling tussen de drie GGD-en in Zuid-Limburg onderzoeken
- huisvesting van de GGD-ZZL is mede afhankelijk van een mogelijk opschalingstraject en overige samenwerkingsrelaties

4. Bestuurlijke invloed in de openbare gezondheidszorg

Het Rijk dicht de lokale overheid steeds meer taken en verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg toe. In hoofdstuk 3 passeerden reeds de wettelijke verplichtingen. Directe bestuurlijke invloed hebben de gemeenten in diverse overlegorganen. Voor het voeren van de regiefunctie en voor een integraal beleid op het gebied van de volksgezondheid op zowel gemeentelijk, regionaal als provinciaal niveau wordt bestuurlijke vertegenwoordiging en afstemming in de diverse overleg-gremia steeds belangrijker. Hieronder treft u een overzicht aan.

De Wet Gemeenschappelijke Regelingen is niet gedualiseerd

In de Gemeenschappelijke Regeling GGD-ZZL zijn de bepalingen ten aanzien van het openbaar lichaam, de GGD-ZZL, vastgelegd. Per 1 maart 2002 is het duale stelsel in het Nederlandse openbaar bestuur in werking getreden. Echter het duale stelsel is (nog) niet van toepassing op Gemeenschappelijke Regelingen. Het ministerie van BZK verwacht nog enkele jaren nodig te hebben om ook de Gemeenschappelijke Regelingen te dualiseren. Tot die tijd blijft de oude situatie (het monistisch stelsel) gehandhaafd. Dit betekent bijvoorbeeld dat zowel collegeleden als raadsleden deel uit maken van het Algemeen Bestuur van de GGD en dat daar waar de WGR verwijst naar de Gemeentewet de niet-gedualiseerde Gemeentewet wordt bedoeld. Gemeenteraden zouden, nadat zij haar kaders gesteld hebben, wel kunnen besluiten de colleges te mandateren voor wat betreft de uitvoering van de diverse taken in de openbare gezondheidszorg.

Het dagelijks en algemeen bestuur van de GGD-ZZL

Het dagelijks bestuur (DB) bestaat uit de vijf portefeuillehouders van de deelnemende gemeenten. Onderling worden de bestuursportefeuilles verdeeld. Momenteel zit de gemeente Maastricht het DB voor, plaatsvervangend voorzitter is de gemeente Margraten, vervult de gemeente Eijsden de portefeuille financiën en bezit de gemeente Meerssen de portefeuille personeel. De secretarisfunctie wordt door de directeur van de GGD bekleed.

De bevoegdheden van het DB zijn:

- het houden van toezicht op de gezondheidsdienst, in het bijzonder op het beheer van de inkomsten en uitgaven;
- de zorg voor de controle op het geldelijk beheer en de administratieve administratie;
- het voorbereiden van hetgeen aan de vergadering van de AB ter beslissing moet worden voorgelegd en het uitvoeren van besluiten van dit bestuur;
- het uitbrengen van een jaarlijks verslag van de gezondheidsdienst aan het AB en aan de raden van de aan de regeling deelnemende gemeenten;
- het nemen van alle conservatoire maatregelen zowel in als buiten rechte en het doen van alles wat nodig is ter voorkoming van verjaring en verlies van recht of bezit;
- het hebben van de zorg voor en het houden van voortdurend toezicht op de bewaring en het beheer van de archiefbescheiden van de dienst naar een door het AB met inachtneming van de Archiefwet 1962, te treffen voorziening.

Het algemeen bestuur (AB) van de GGD-ZZL is het hoogste besluitvormende orgaan betreffende de GGD-ZZL. Het AB bestaat uit 15 raadsleden en collegeleden van de deelnemende gemeenten. Uit hun midden benoemt het AB het DB. Het AB wordt momenteel voorgezeten door de gemeente Maastricht. De secretarisfunctie wordt door de directeur van de GGD-ZZL uitgevoerd.

De bevoegdheden van het AB zijn:

- alle bevoegdheden die niet zijn opgedragen aan het DB, de voorzitter of anderen;
- aan het bestuur van een openbaar lichaam worden dezelfde bevoegdheden toegekend, ten behoeve van de behartiging van de in de WGR beschreven taken, als de besturen van de gemeenten terzake hebben.

Elk lid van het AB heeft één stem, met uitzondering van de vertegenwoordigers van de gemeente Maastricht die elk drie stemmen hebben.

Bestuurlijke invloed van de afzonderlijke gemeenteraden

Voordat het AB tot besluitvorming komt (bijvoorbeeld om wijzigingen in het takenpakket van de GGD aan te brengen) worden de gemeenten omtrent de voorgenomen wijzigingen gehoord.

De bevindingen van de gemeenten worden middels hun vertegenwoordiging in het AB in de besluitvorming betrokken. Wat financiële aangelegenheden betreft stelt het AB jaarlijks (voor 1 juli) een begroting en jaarrekening vast onder goedkeuring van Gedeputeerde Staten. De raden van de deelnemende gemeenten kunnen binnen twee maanden na ontvangst van de ontwerp-begroting (voor 1 april) en rekening (voor 1 mei) hun gevoelens doen blijken aan het bestuur van de GGD. Gemeenten kunnen na vaststelling van begroting en jaarrekening door het AB hun gevoelens omtrent voornoemde vaststelling aan Gedeputeerde Staten doen blijken.

De WGR kan te allen tijde worden gewijzigd (of opgeheven) bij eensluidende besluiten van de gemeenteraden van tenminste drie/vierde van het aantal deelnemende gemeenten.

Portefeuillehoudersoverleg Breed Welzijn

Om tot afstemming te komen van het regionale beleid op het gebied van de volksgezondheid worden ontwikkelingen, thema's etc. besproken in het Portefeuillehoudersoverleg Breed Welzijn. Het overleg bestaat uit de portefeuillehouders Welzijn/Volksgezondheid uit de regio Maastricht en Mergelland. De functie van secretaris wordt uitgeoefend door het Gewest Maastricht en Mergelland. Het voorzitterschap is in handen van de gemeente Margraten. Het Portefeuillehoudersoverleg adviseert de afzonderlijke colleges en gemeenteraden met betrekking tot regionale thema's. Uiteindelijk besluiten de afzonderlijke colleges en gemeenteraden. Daar zich steeds meer thema's afspelen op regionaal niveau dient overwogen te worden om de beschikbare tijd voor het Portefeuillehoudersoverleg uit te breiden.

Het Portefeuillehoudersoverleg wordt voorbereid door het ambtelijk overleg Breed Welzijn (afdelingshoofden welzijn van de regio gemeenten) en voor wat de betreft de agendapunten op het gebied van de volksgezondheid ook door het ambtelijk overleg volksgezondheid. Ook bij deze overleggen zijn de agenda's overvol en zou een hernieuwde overweging gemaakt kunnen worden hoe de beide ambtelijke overleggen kunnen bijdragen aan een efficiënte en effectieve voorbereiding van het Portefeuillehoudersoverleg.

Bestuurlijk overleg met de Provincie

Voor wat betreft de aansluiting van het algemeen jeugdbeleid op de jeugdzorg is er sinds het einde van 2002 een Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) met de Provincie. Dit overleg concentreert zich op dit moment op de inzet van een aantal functies van jeugdzorg ten behoeve van lokale welzijnsvoorzieningen. Tevens komen afstemmingsaspecten tussen verschillende voorzieningen, waaronder voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid, aan de orde.

Zorgkantoor Zuid-Limburg

In het bestuur van het Zorgkantoor Zuid-Limburg heeft één vertegenwoordiger namens de regio Westelijke Mijnstreek en één vertegenwoordiger namens de regio Parkstad zitting. De vertegenwoordiger namens de regio Maastricht en Mergelland is momenteel plaatsvervangend lid. Terzake is een roulatiesysteem afgesproken met een interval van twee jaar.

5. Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Margraten

Het gezondheidsbeleid van de gemeente Margraten is gebaseerd op:

1. Relatie met bestaand beleid;
2. Wettelijke verplichtingen ten aanzien van de openbare gezondheidszorg zoals die in de WCPV zijn vastgelegd;
3. Beïnvloedbaarheid op bestuurlijk niveau.

1. Relatie met bestaand beleid

De nota lokaal gezondheidsbeleid volgt op reeds bestaande of in ontwikkeling zijnde gemeentelijke beleidsdocumenten te weten de nota 'Margraten in een vitaal perspectief; uitgangspunten voor de ontwikkeling van het beleid van de gemeente Margraten tot 2010' en het programma Sociale voorzieningen en maatschappelijke dienstverlening uit de programmabegroting 2003-2006.

In de nota 'Margraten in een vitaal perspectief; uitgangspunten voor de ontwikkeling van het beleid van de gemeente Margraten tot 2010' wordt aangegeven dat Margraten gemiddeld minder huisartsen (4,4 ten opzichte van 5,9 op 10.000 inwoners) en tandartsen (3 ten opzichte van 5,4 op 10.000 inwoners) heeft dan de rest van Nederland. De genoemde nota steekt dan ook in op een gewenst beeld in 2010 waarin in Margraten voldoende voorzieningen voor de gezondheidszorg aanwezig zijn. Om dit te bewerkstelligen kunnen zorginstellingen die in Margraten gevestigd zijn en willen uitbreiden, rekenen op een coöperatieve en communicatieve gemeente die in voorwaardenscheppende sfeer alles zal doen wat tot haar mogelijkheden behoort. Margraten zal in principe positief reageren op verzoeken van zorginstellingen om zich in Margraten te vestigen en zich in voorkomende gevallen inspannen om door actieve bemoeienis zorginstellingen die mogelijk naar de gemeente willen komen over de streep te trekken. Er zal meer overleg met zorginstellingen komen. Er dient overigens wel de kanttekening gemaakt te worden dat het aantal huisartsen en tandartsen dan wel lager is dan het landelijk gemiddelde, maar dat inwoners van Margraten ook gebruik maken van voorzieningen in omliggende gemeenten. Er is derhalve momenteel dan ook geen dringend tekort aan huisartsen en tandartsen in de gemeente.

In de programmabegroting 2003-2006 worden de uitgangspunten van 'Margraten in een vitaal perspectief' vertaald naar concrete programma's. De raad wil het beleid de komende jaren vooral toespitsen op een goede en passende zorg voor de inwoners en een plezierig leefklimaat in een groene omgeving. Het collegeprogramma heeft voor de periode 2003-2006 de volgende programma's aangegeven: sociale voorzieningen en maatschappelijke dienstverlening; onderwijs, kinderopvang en jongeren; ruimtelijke ordening en volkshuisvesting; volksgezondheid en milieu; veiligheid; verkeer en vervoer; cultuur sport en recreatie; economische structuur; en bestuur. Middels het programma Sociale voorzieningen en maatschappelijke dienstverlening wil Margraten bereiken dat het voorzieningenniveau in de dorpskernen zo dicht mogelijk bij de burgers ligt en aansluit bij de behoefte van de lokale gemeenschap. Verder is zorg op maat nodig en de afstand naar zorgvoorzieningen zoals huisarts, apotheker etc. mag niet groter worden.

Op basis van bovengenoemde richtinggevende documenten kan voor het lokale gezondheidsbeleid het volgende geconcludeerd worden:

- de gemeente Margraten geeft prioriteit aan een goede en passende zorg voor haar inwoners;
- de openbare gezondheidszorg speelt zich niet alleen af op regionaal niveau maar ook dicht bij de mensen in de kernen;
- de gemeente Margraten wil voldoen aan haar wettelijke verplichtingen ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid.

2. Wettelijke taken op basis van de WCPV

De gemeente Margraten wil in principe voldoen aan haar wettelijke verplichtingen betreffende het lokale gezondheidsbeleid. Als prioriteiten binnen de wettelijke taken worden aangemerkt:

- de integrale jeugdgezondheidszorg (hiervoor zijn rijksmiddelen beschikbaar gesteld);

- de openbare geestelijke gezondheidszorg (kwetsbaren);
- preventieve activiteiten ten behoeve van alle burgers;
- de epidemiologische gegevensverzameling.

De gemeente Margraten vindt het belangrijk dat de verzamelde gegevens op elk niveau (landelijk, regionaal, lokaal) daadwerkelijk een basis voor het te voeren lokale gezondheidsbeleid gaan worden. Het verzamelen van data, het analyseren, interpreteren van data en het omzetten van de data naar te voeren beleid dient verbeterd te worden. De overige wettelijk taken dienen ook een kwaliteitsimpuls te krijgen. Deze zullen echter later opgepakt gaan worden indien de landelijke kaders helder zijn en er middelen van het Rijk beschikbaar komen.

In het voorjaar van 2004 zal aan de gemeenteraad het productkeuzemodel (productbegroting) van de GGD-ZZL voorgelegd worden. Bovenstaande zal als leidraad genomen worden om binnen de aangeboden producten te prioriteren.

3. Beïnvloedbaarheid op bestuurlijk niveau

Gemeenten voeren in de openbare gezondheidszorg de regie. Dat betekent dat zij sturend dienen op te treden voor wat betreft beleid en uitvoering. Om een goede regisseur te zijn dient de gemeente Margraten zich bewust te zijn van haar verantwoordelijkheden. Deze verantwoordelijkheden spelen zich af op drie niveaus:

- binnen de gemeente Margraten; intern zal facetbeleid gevoerd moeten gaan worden ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid is afhankelijk van het beleid dat op andere beleidsterreinen wordt ontwikkeld en uitgevoerd. Tevens dient het gemeentebestuur gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen te bewaken.
- binnen de WGR-regio; de Margratense bestuurders dienen zich, evenals hun collega's uit de regio, bewust te zijn van hun vernieuwde en uitgebreide taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de uitvoering van de wettelijke taken middels de aansturing van de GGD-ZZL. Een herziening van de Gemeenschappelijke Regeling op basis van de huidige stand van zaken wordt voorgesteld om als leidraad in dit proces te fungeren.
- binnen de beleidsregio Maastricht en Mergelland; beleidsafstemming op het gebied van volksgezondheid en breed welzijn vindt plaats binnen de beleidsregio Maastricht en Mergelland. Gezien het toenemende aantal thema's dat zich op regionaal niveau afspeelt dient bekeken te worden of de huidige structuur en frequentie van het Portefeuillehouders-overleg nog voldoet aan de toegenomen vraagstellingen dan wel dat gelet op de beschikbare capaciteit scherpere prioriteitsstelling noodzakelijk is.

Huidig en in ontwikkeling zijnde lokaal gezondheidsbeleid

De gemeente Margraten biedt reeds diverse voorzieningen aan in het kader van gezondheidsbeleid, waarvan hier een overzicht volgt (tussen haakjes staan de bedragen die de gemeente in 2003 heeft begroot ten behoeve van deze activiteiten):

Epidemiologische onderzoeken (€ 1.042)

In 1998 hebben de Limburgse GGD'en voor de eerste maal een provinciale gezondheidsenquête voorbereid en uitgevoerd. Conform afspraken tussen de GGD'en en de Limburgse gemeenten is de tweede provinciale gezondheidsenquête uitgevoerd. De resultaten zullen medio 2004 worden bekend gemaakt.

Hartdefibrillatoren (€ 1.400)

B&W heeft middels een besluit d.d. 22-04-2003 besloten over te gaan tot de aanschaf van 4 hartdefibrillatoren. De brandweerwagens in de gemeente Margraten zullen worden uitgerust met deze apparatuur. Hiervoor zijn reeds brandweerlieden opgeleid. Het geldbedrag ad € 1.400 is bedoeld voor onderhoud en opleiding.

Legionella onderzoek (€ 4.597)

In 1999 is reeds besloten om in de in eigendom van de gemeente toebehorende gebouwen (sportgebouwen/gymzalen/gebouwen Openbare Werken/sociaal-maatschappelijke gebouwen) tweemaal per jaar watermonsters te laten nemen.

Voorts is aan een aantal gebouwen een aantal voorzieningen getroffen aan de waterleidingen. In verband met nieuw vastgestelde wetgeving zal in de loop van 2004 een nieuw voorstel worden gedaan inzake preventie legionella gemeentelijke gebouwen. Vooralsnog wordt een bedrag van € 40.000 geraamd voor het doen van installatietechnische aanpassingen. De structurele kosten voor het verhogen van het aantal watermonsters worden vooralsnog geraamd op € 10.000. In de Programmabegroting, jaarschijf 2004, zijn de genoemde bedragen opgenomen. In de Productenbegroting is al een bedrag opgenomen van € 4.597 (functie 710.434390) voor periodiek legionella-onderzoek.

Jeugdgezondheidszorg 0-19 (€ 10.000)

De Raad heeft op 28 januari 2003 het beleidsplan 2003-2004 'Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 Maastricht en Mergelland' vastgesteld. De jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door de GGD en Groene Kruis Zorg.

Inspectie kinderopvang door de GGD (€ 340)

Aan kindercentra worden, met het oog op de gezondheid van kinderen, speciale eisen gesteld op het gebied van personeel en organisatie, accommodatie, veiligheid, hygiëne en gezondheid. Een kindercentrum is verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede kinderopvang. De gemeente is verantwoordelijk voor handhaving en toezicht op de kwaliteit van de kinderopvang en schakelt voor het uitvoeren van de inspectie de GGD in. De GGD rapporteert haar bevindingen aan de gemeente in een rapport.

Preventieve logopedische zorg voor 0-4 jaar (€ 9.806,70 'Met vallen en opstaan')

In het kader van de preventieve logopedische zorg voor 0-4 jaar is de cursus 'Spelend omgaan met taal' georganiseerd. Dit is een professionaliseringscursus bedoeld voor medewerkers van voorzieningen die een taak hebben in de Voor- en Vroegschoolse periode. Verder maakt de gemeente Margraten gebruik van de Peuter-praat-info-lijn. Dit is een telefonisch spreekuur bedoeld voor iedereen die twijfels en/of onduidelijkheden heeft over het praten van jonge kinderen.

Hartslag Limburg (€ 23.143)

In het kader van Hartslag organiseert de werkgroep Gezond Margraten in de gemeente gezonde activiteiten, zoals bijvoorbeeld een gezonde lunch bij het kindervakantiewerk in Noorbeek en Eckelrade, de supermarktactie (gezonde recepten in de supermarkt), voedingsactie op basisschool, wandelingen etc. Op 20 februari 2003 heeft Hartslag Limburg tijdens het Nationaal Congres Openbare Gezondheidszorg de stimuleringsprijs OGZ 2003 gewonnen voor het project "Gezonde voeding hoeft niet veel te kosten".

SchoolSlag (€ 0,00)

SchoolSlag is een unieke samenwerking in de regio Maastricht-Mergelland. CAD Limburg - instituut voor verslavingszorg, GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, RIAGG Maastricht, Stichting Trajekt en Bureau Jeugdzorg werken samen om een gecoördineerde en vraaggerichte bijdrage te leveren aan gezondheid in en rondom het onderwijs: preventie op maat. Concreet betekent dit dat scholen in het basis- en voortgezet onderwijs via SchoolSlag begeleid worden in het maken van keuzes op het terrein van preventief schoolgezondheidsbeleid. SchoolSlag ondersteunt ook de uitvoering en evaluatie ervan. Onderwerpen als de sociaal-emotionele ontwikkeling, een gezonde leefstijl en het voorkomen van criminaliteit en ander risicogedrag kunnen aan bod komen. De activiteiten vinden niet alleen plaats in de school, ook de omgeving van de school en de gezinssituaties van leerlingen spelen hierin een rol. De behoefte van de school staat in dit gehele proces centraal. SchoolSlag wordt - in ieder geval tot 2005 - extern gesubsidieerd.

Verordening voorzieningen gehandicapten (€ 569.022)

De gemeente voert aan de hand van de verordening voorzieningen gehandicapten de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) uit. Deze wet voorziet in een zorgplicht van gemeenten voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen voor gehandicapten.

Subsidies (€ 5.568)

Op grond van de subsidieverordening welzijnswerk Margraten wordt subsidie verleend aan verschillende regionale, provinciale of landelijke instellingen die werkzaam zijn op het gebied van volksgezondheid en die wetenschappelijk of algemeen voorlichtend werk doen dan wel aan specifieke belangenbehartiging voor bijzondere doelgroepen waarvan leden of deelnemers in de gemeente Margraten woonachtig zijn of specifieke activiteiten voor deze laatste aanbieden. Een voorbeeld hiervan zijn de EHBO-verenigingen.

CAD Limburg (€ 3.705)

Het CAD Limburg, Instituut voor verslavingszorg is een provinciale organisatie die ambulante verslavingszorg uitvoert. Het CAD houdt zich onder meer bezig met alcohol- en drugsvoorlichting en preventie. Margraten draagt bij in de exploitatiekosten van CAD Limburg.

GGD (€ 215.115)

De GGD voert WCPV-taken voor de gemeente uit:

- Algemene gezondheidszorg WCPV
 - Algemene infectieziektenbeheersing
 - TBC beheersing
 - SOA beheersing
 - Milieuhygiëne
 - Gezondheidsmonitoring / surveillance
 - Gezondheidszorg allochtonen
 - Publieksinformatie
 - Dienstverlening
- Jeugdgezondheidszorg
 - Preventieve gezondheidsonderzoeken
 - Speciaal Onderwijs
 - Zorg voor risicojeugd
 - Algemene collectieve preventie
- Logopedie
- Forensische geneeskunde

Tabakswet (€ 0,00)

Sinds juli 2002 is de Tabakswet uit 1990 ingrijpend gewijzigd. Het tabaksontmoedigingsbeleid is gericht op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken, het zorgdragen dat zo veel mogelijk rokers stoppen en het beschermen van de niet-roker tegen tabaksrook. De gewijzigde Tabakswet regelt dat bij instellingen, diensten en bedrijven die door de staat en openbare lichamen worden beheerd, het bevoegd orgaan maatregelen treft, zodat een ieder kan gebruik maken van de geboden voorzieningen en werkzaamheden kan verrichten zonder daarbij hinder of overlast van roken te ondervinden. Tot de bedoelde maatregelen behoort in elk geval het instellen, aanduiden en handhaven van een rookverbod. Tevens is bepaald dat aan degenen die het beheer hebben over gebouwen voor welzijn, maatschappelijke dienstverlening, kunst en cultuur, sport, sociaal-cultureel werk of onderwijs dezelfde eisen kunnen worden gesteld. De wijzigingen in de Tabakswet hebben invloed op de gemeente, niet alleen in het gemeentehuis, maar ook op door de gemeente gesubsidieerde sportcentra en andere instellingen. Er is een werkgroep rookbeleid opgericht om nader beleid te bepalen.

Huiselijk geweld (€ 0,00)

Het kabinet vindt dat gemeenten een regierol op het terrein van huiselijk geweld op zich moet nemen om initiatieven van maatschappelijke organisaties, politie en justitie op elkaar af te stemmen. Een samenwerkingsverband regio Maastricht/Heuvelland met betrekking tot huiselijk geweld heeft daarom de taak op zich genomen om een regionaal plan van aanpak huiselijk geweld te ontwikkelen. Dit plan is in concept gereed. In dit plan wordt onder meer de regierol van de gemeente nader ingevuld en voorgesteld om een regisseur huiselijk geweld voor geheel Zuid-Limburg aan te stellen. Dit plan zal in 2004 afzonderlijk ter besluitvorming aan college en Raad worden voorgelegd.

Met de huidige preventieactiviteiten, en in het bijzonder de projecten Hartslag Limburg en Schoolslag heeft de gemeente Margraten, al een goede start gemaakt met lokaal gezondheidsbeleid. Dit gezondheidsbeleid dient in de loop der jaren verder te worden uitgediept. Dit beleid dient - op aanbeveling van het ministerie van VWS - mede gebaseerd te worden op het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV).

6. Financiële gevolgen

De uitvoering van de wettelijke verplichtingen die uit de WCPV voortkomen dienen de gemeenten te financieren uit het Gemeentefonds en uit eigen middelen. Eind jaren 80 zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken middelen aan het Gemeentefonds toegevoegd. Echter de omvang van die middelen is niet meer te achterhalen. Nu er per 1 januari 2003 met de invoering van de nieuwe WCPV een taakverzwaring voor gemeenten is ontstaan is er alleen voor de totstandkoming van de integrale jeugdgezondheidszorg een extra bedrag van € 16,3 miljoen per jaar beschikbaar gesteld. De overige taken worden gemeenten geacht zelf te bekostigen. De VNG heeft herhaaldelijk aangegeven richting Rijk dat de huidige middelen ontoereikend zijn om de WCPV taken op een behoorlijk niveau te kunnen uitvoeren. Onderzoek heeft uitgewezen dat er landelijk ongeveer € 15 miljoen meerkosten zijn ontstaan. Dit bedrag is afhankelijk van de grootte van de GGD-en. Rijksoverheid, de VNG en GGD-Nederland zijn in overleg hoe dit geschil beslecht kan worden.

In januari 2003 informeerde de VNG de gemeenten over de laatste stand van zaken aangaande de openbare gezondheidszorg en de invoering van de gewijzigde wet WCPV. Wat het landelijk gezondheidsbeleid betreft houdt de gewijzigde WCPV ook in dat de landelijke overheid elke vier jaar een gezondheidsnota moet vaststellen. Vanwege de val van het kabinet in oktober 2002 is de landelijke nota uitgesteld. In die nota zou het Rijk speerpunten aangeven voor de lokale gezondheidsnota's. De VNG pleit ervoor dat in de landelijke nota de WCPV als leidraad gebruikt wordt en de verschillende verantwoordelijkheden in preventie helder toelicht. De landelijke overheid investeert nog steeds te weinig in preventie en de openbare gezondheidszorg. Minder dan 2% van het zorgbudget gaat naar preventie en daarmee voldoet het Rijk niet aan de randvoorwaarden die nodig zijn om de lokale openbare gezondheidszorg te faciliteren. Ook tijdens de rijksbegrotingsbehandeling in november 2002 zijn er - met uitzondering van de JGZ - geen middelen vrijgemaakt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Financiering wettelijke taken

Ten aanzien van de financiering van de wettelijke taken geldt het uitgangspunt dat nieuwe taken die door het Rijk worden opgelegd worden uitgevoerd mits er middelen door het Rijk beschikbaar worden gesteld. Voor de overige wettelijke taken geldt dat deze worden uitgevoerd binnen het huidige beschikbare budget. Accentverschuivingen tussen wettelijke taken zijn binnen het bestaande budget mogelijk.

In het jaar 2003 zijn de volgende middelen beschikbaar gesteld:

Wettelijke taken WCPV bijdrage gemeente Margraten

<i>Jeugdgezondheidszorg GGD</i>	<i>€ 102.611</i>
Preventieve gezondheidsonderzoeken	
- screening	
- periodiek geneeskundig onderzoek	
- periodiek verpleegkundig onderzoek	
- sociaal-geneeskundig onderzoek nieuw aangemelde leerlingen	
- sociaal-geneeskundige herhalingsonderzoeken	
Zorg voor risicojeugd	
- onderzoek op indicatie	
- indicatiestellingen	
- zorgteams	
- kortdurende psychosociale hulpverlening en begeleiding	
Collectieve preventie	
- schoolslag	
- gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO)/Preventieprogramma's voor de jeugd	
- medisch hygiënische zorg en veiligheid	

<i>Overige wettelijke taken GGD</i>	<i>€ 89.361</i>
Algemene infectieziektebeheersing	
- 24-uurs paraatheid infectieziekten organisatie	
- outbreak management Infectieziekten	
- afhandelen aangifte-plichtige infectieziekten	
- bron en contactopsporing infectieziekten	
- groepsvoorlichting aan risicogroepen	
- systematische informatieverstrekking naar instellingen	
- beleidsadvisering infectieziektebestrijding	
TBC beheersing	
- bron en contactopsporing TBC bestrijding	
SOA beheersing	
- bron en contactopsporing seksueel overdraagbare aandoeningen	
- groepsvoorlichting risicogroepen ter voorkoming, uitbreiding en infectie	
- aids en SOA preventie homo- en biseksuelen	
- beleidsadvisering aan gemeenten in het kader van SOA/AIDS bestrijding	
Gezondheidsmonitoring / surveillance	
- periodieke gezondheidsmonitor	
- periodieke gezondheidsmonitor extra	
- bevolkingsonderzoeken borst- en baarmoederhalskanker	
Gezondheidszorg allochtonen	
- allochtonen wegwijs maken in de gezondheidszorg	
Publieksinformatie	
<i>Hartslag</i>	<i>€ 23.143</i>
<i>Totaal</i>	<i>€ 215.115</i>

Productbegroting

In het voorjaar van 2004 zal aan de raden van de deelnemende gemeenten in de regio ZZL het productkeuzemodel worden voorgelegd. Uitgangspunt voor de gemeente Margraten is dat de kosten van de gekozen producten binnen het huidige budget (niveau 2003 + indexering) blijven.

Regievoering

De toegenomen verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg voor de lokale overheid vergen de nodige inspanningen. Dit vraagt de nodige interne maar ook regionale afstemming van beleid. Aangezien er geen extra middelen van het Rijk beschikbaar zijn gekomen voor de taakverzwaring dienen gemeenten nog meer dan voorheen taken over de regiogemeenten te spreiden.

7. Programmalijn openbare gezondheidszorg 2003 - 2007

In onderstaand overzicht worden de stappen gepresenteerd die genomen moeten worden om in het jaar 2007 te voldoen aan de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg. In 2007 verschijnt de volgende nota lokaal gezondheidsbeleid. De programmalijn openbare gezondheidszorg heeft tot doel om in 2007 het volgende gerealiseerd te hebben:

- de gemeente Margraten (en de regiogemeenten in Maastricht en Mergelland) hanteert de regie in de openbare gezondheidszorg;
- de gemeente Margraten (en de regiogemeenten in Maastricht en Mergelland) voldoet aan alle wettelijke taken in de openbare gezondheidszorg voor zover deze in de WCPV zijn vastgelegd.

2003

- april 2003: het portefeuillehoudersoverleg van het Gewest Maastricht en Mergelland stelt de nota lokaal gezondheidsbeleid vast
- in het najaar van 2003 stellen de afzonderlijke gemeenteraden in het Gewest Maastricht en Mergelland de nota lokaal gezondheidsbeleid vast (in gemeente Maastricht vóór 1 juli 2003)
- herziening van het product epidemiologie in samenwerking met de GGD-ZZL (productbeschrijving wordt in de productbegroting 2004 meegenomen)
- aanpassing Gemeenschappelijk Regeling GGD-ZZL, deze wordt ter besluitvorming aan de gemeenteraden van de WGR-regio Zuidelijk Zuid-Limburg voorgelegd

2004

- begin 2004: productbegroting 2004 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd
- criteria voor het screenen van nota's op mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid die aan de colleges worden voorgelegd worden opgesteld door de dienst OCWS van de gemeente Maastricht in samenwerking met de gemeenten in de regio Maastricht en Mergelland; deze worden aan het portefeuillehoudersoverleg en de afzonderlijke gemeenten in het Gewest Maastricht en Mergelland voorgelegd; gemeenten voldoen aan de eisen ten aanzien van de inspectietaak kinderopvang zoals die gesteld gaat worden in de Wet basisvoorziening kinderopvang
- er wordt een voorstel omtrent de ontwikkelingen ten aanzien van de opschaling van de GGD-en in Zuid-Limburg aan de gemeenteraden in de regio ZZL voorgelegd; de Raad heeft op 2 maart 2004 ingestemd met de start van een proces van onderzoek en uitwerking met betrekking tot mogelijk één organisatie voor de openbare gezondheidszorg in Zuid-Limburg
- gemeenten formuleren hun beleid ten aanzien van het bevorderen van medische-milieukundige zorg op basis van het actieprogramma Milieu en Gezondheid en het door het Rijk beschikbaar gestelde instrumenten en middelen
- een ondertekend en gefaseerd convenant 'OGGZ in de regio Maastricht en Mergelland' van de coördinatiegroep OGGZ wordt aan het portefeuillehoudersoverleg in de regio Maastricht en Mergelland en aan de afzonderlijke gemeenteraden ter besluitvorming voorgelegd
- het beleidsplan integrale jeugdgezondheidszorg 2005-2006 wordt aan de gemeenteraden in de regio Maastricht en Mergelland ter besluitvorming voorgelegd
- najaar: de productbegroting 2005 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio ZZL voorgelegd

2005

- op basis van de door het Rijk afgegeven richtlijnen in 2004 ten aanzien van infectieziektebestrijding wordt het bestaande beleid verbeterd
- indien in het jaar 2004 de gezondheidsenquête heeft plaatsgevonden (na overleg met de GGF-ZZL) wordt de gezondheidstoestand van de burgers in de regio Maastricht en Mergelland in beeld gebracht en gepresenteerd aan de gemeenteraden
- op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête worden beleidsvoorstellen geformuleerd

- najaar: de productbegroting 2006 van de GGD-ZZL wordt aan de gemeenteraden in de WGR-regio voorgelegd

2006

- evaluatie van de stand van zaken van de gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg welke in de WCPV zijn vastgelegd
- evaluatie van de productbegroting van de GGD-ZZL
- landelijke, regionale en lokale trends worden in beeld gebracht
- op basis van bovenstaande gegevens wordt een tweede nota lokaal gezondheidsbeleid opgesteld

2007

- voor 1 juli 2007: de afzonderlijke gemeenteraden stellen de (tweede) nota lokaal gezondheidsbeleid vast

Lijst met afkortingen

AGS	Adrenogenitaal syndroom (hielprikje)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZM	Academisch Ziekenhuis Maastricht
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, ministerie van
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHT	Congenitale hypothyroïde (hielprikje)
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD-ZZL	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Zuidelijk Zuid Limburg
GGD-OZL	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Oostelijk Zuid Limburg
GGD-WM	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Westelijke Mijnstreek
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LSES	Lage Sociaal Economische Status
NIZW	Nationaal Instituut voor Zorg en Welzijn
OCWS	Onderwijs, Cultuur, Welzijn en Sport, dienst van de gemeente Maastricht
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OOGO	Op Overeenstemming Gericht Overleg (provincie – gemeenten)
PKU	Phenylketonurie (hielprikje)
RAV	Regionaal Ambulance Vervoer
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieuhygiëne
SEZ	Sociaal Economische Zaken, dienst van de gemeente Maastricht
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
SOG	Stadsontwikkeling en Grondzaken, dienst van de gemeente Maastricht
TBC	Tuberculose
TRV	Tijdelijke Regeling Vroegsignalering
VISI	Versterking Infrastructuur Infectieziektenbestrijding
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WHO	World Health Organization

Bijlage 1

Werkwijze*Regionale aanpak*

In aanloop naar de wijziging van de WCPV hebben de gemeente Margraten en de regio Maastricht en Mergelland reeds een aantal acties ondernomen om zich voor te bereiden op de nieuwe rol van de gemeente in het lokale gezondheidsbeleid. Er vindt momenteel een accentverschuiving in de openbare gezondheidszorg plaats. Meer verantwoordelijkheden, een regierol en beleidsbepaling door de gemeenten. Omgekeerd vindt er voor het veld een tegenovergestelde beweging plaats, van beleidsbepalend naar beleidsadviserend en beleidsuitvoerend.

Om versnippering van beleid tegen te gaan en vanwege doelmatigheid en doeltreffendheid voor zowel het veld als de gemeenten is het uitgangspunt voor deze nota: daar waar het mogelijk is zoveel mogelijk afspraken maken op regionaal niveau in goed overleg met de partners in het veld.

Aangezien een groot deel van de wettelijke taken op het gebied van de volksgezondheid op regionale schaal door de GGD-en en thuiszorginstellingen wordt uitgevoerd ligt dit uitgangspunt ook voor de hand.

Integrale aanpak

Binnen de gemeente Margraten is afstemming gezocht met de verschillende afdelingen.

Wat ging aan deze nota vooraf?

- JGZ en OGGZ

Aangezien er in de JeugdGezondheidsZorg (JGZ) en de Openbare Geestelijke GezondheidsZorg (OGGZ) per 1 januari 2003 flinke veranderingen op stapel stonden, is een traject uitgezet met de organisaties in het veld om richting te geven aan de nieuwe beleidslijnen.

De gemeenten hebben daarbij in gezamenlijkheid met het veld (Groene KruisZorg, GGD-ZZL en GGD-OZL) een beleidsplan opgesteld om de integrale jeugdgezondheidszorg vorm te geven.

Na overleg met het OGGZ-veld in het najaar van 2002 is per 1 januari 2003 een nieuwe structuur in het OGGZ-veld in werking getreden. Het OGGZ-veld bestaat uit de volgende organisaties:

GGD-ZZL, Riagg/Vijverdal, Trajekt, CAD, Bureau Jeugdzorg, Leger des Heils, Bureau TIS, Stichting Xonar, Stichting Wieckerhoes, A.O. Impuls, Stichting Zwerfjongeren, In den Rooden Leeuw, Zorgkantoor Zuid Limburg, regio politie, Woonpunt, Woningstichting St Servatius, Woningstichting Maasvallei, Reclassering.

-Overige voorbereidingen

In juni 2002 is een grote delegatie van het ministerie van VWS en het ministerie van BZK op werkbezoek geweest in de regio Maastricht en Mergelland om de ontwikkelingen van het lokale gezondheidsbeleid met bestuurders, ambtenaren en de GGD-ZZL te bespreken.

Eind 2002 is door de GGD-ZZL in samenwerking met de gemeente Maastricht een bijeenkomst georganiseerd voor raadsleden en collegeleden uit de regio ter voorbereiding op de gewijzigde gemeentelijke verantwoordelijkheden in de openbare gezondheidszorg.

Tevens wordt er door de regio Maastricht en Mergelland gebruik gemaakt van een zgn. kwartiermaker van de VNG om mede vorm te geven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Bijlage 2

Gezondheidstoestand in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg**Inleiding**

De levensverwachting in Nederland is in de vorige eeuw enorm gestegen. De laatste decennia echter vlakkt deze groei steeds verder af. Jarenlang bekleedde Nederland, internationaal gezien, een toppositie voor levensverwachting. Maar de laatste jaren zakken we terug op de ranglijst en halen diverse landen ons in. De stijging in levensverwachting ligt in Nederland lager dan het EU-gemiddelde! De levensverwachting van Nederlandse vrouwen is de afgelopen twintig jaar nauwelijks gestegen. Vergelijken met andere EU-landen roken en drinken we meer en bewegen we minder. Afgaand op het ongezonde leefgedrag van de Nederlandse jeugd is ook het toekomstperspectief ongunstig.

Landelijke gegevens

De gezondheid is in Nederland niet gelijk verdeeld. Deze verschilt in sociaal economische status (opvoeding en inkomen) en naar regio. Mensen met een laag inkomen leven 3 tot 4 jaar korter dan mensen met een hoog inkomen. Bovendien brengen zij gemiddeld 15 jaar (!) langer door in minder goede gezondheid. Ook de regionale verschillen zijn opvallend. In gunstige regio's worden mensen gemiddeld 3 jaar ouder en blijven ze tien jaar langer gezond dan in ongunstige regio's in ons land. Uit de gegevens van het RIVM blijkt dat Zuid Limburg samen met de Randstad tot de meest ongunstige regio's behoort wat betreft gezondheid! Een belangrijk deel van de stijging of daling van de levensverwachting hangt samen met beïnvloedbare gezondheidsrisico's. Deze zijn: roken, verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, overgewicht, lichamelijke inactiviteit en overmatig alcoholgebruik.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002 (VTV 2002) concludeert in haar rapport 'Gezondheid op Koers' dat ongezond gedrag de belangrijkste oorzaak van de stagnerende levensverwachting is. Er is nog veel gezondheidswinst te boeken met preventie, vooral met het bevorderen van gezond gedrag. Preventie dient in een modern jasje te worden gestoken en geïntegreerd te worden binnen bestaande settings, bijvoorbeeld op school, op het werk, bij sport en recreatie, in de wijk en in het verkeer. Ook zou preventie een expliciete plaats moeten krijgen in de zorgverlening. Daarnaast vergt preventie een lange termijn visie, duurzaam volgehouden aandacht en investeringen.

Limburgse Gezondheidsenquête 1998

Eenmaal per vijf jaar wordt er door de GGD-ZZL een gezondheidsenquête gehouden om een beschrijving te maken van de gezondheidssituatie van de bevolking in de regio. Voor de beschrijving van de gezondheidssituatie wordt gebruik gemaakt van de volgende gegevensbronnen:

- gegevens uit landelijke en regionale statistieken (bijvoorbeeld CBS);
- gegevens uit (regionale) gezondheidsvoorzieningen (huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars);
- gegevens uit regionaal gezondheidsonderzoek uitgevoerd bij grotere groepen personen.

De gezondheidsenquête vindt (schriftelijk) plaats onder de volwassen populatie in de leeftijd van 20 tot en met 75 jaar.

Om de resultaten van de monitoring te kunnen vergelijken met andere regio's werken de GGD-en in Limburg samen. In 1998 is er een gezamenlijke gezondheidsenquête uitgezet welke als nulmeting dient.

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat op Limburgs niveau de regio Oostelijk Zuid Limburg bij veel gezondheidsindicatoren ongunstiger scoort dan de andere GGD regio's. De regio's Zuidelijk Zuid Limburg en Westelijke Mijnstreek scoren iets beter en de regio's Midden en Noord Limburg het beste. In de regio Zuidelijk Zuid Limburg is het medicijngebruik het hoogst en wordt het hoogste cannabisgebruik geconstateerd. Daarmee samenhangend is in deze regio ook het gebruik van drugs en spierversterkende middelen hoger. Het is momenteel niet mogelijk om de regio's in Limburg te vergelijken met de GGD regio's elders in Nederland. Er wordt gewerkt aan het standaardiseren van indicatoren zodat GGD-en in de toekomst in staat zijn hun informatie tegen elkaar af te zetten.

Wel kan een aantal gegevens uit het provinciale onderzoek vergeleken worden met landelijk gegevens. Als het gaat om de Quetelet Index, een maat voor over- en ondergewicht, dan blijkt dat overgewicht en extreem overgewicht in Limburg vaker voorkomen.

Ook van een aantal chronische aandoeningen kan vastgesteld worden dat die bij bepaalde leeftijdscategorieën wat vaker voorkomen in Limburg dan gemiddeld in Nederland. Het gaat hierbij onder meer om ernstige hartkwalen en hartinfarct, hoge bloeddruk, CARA, reuma en artrose. Men kan voorzichtig concluderen dat de gezondheidstoestand in Limburg minder gunstig is dan in de rest van het land. Deze trend wordt door gegevens van het RIVM en het CBS bevestigd.

JongerenPeiling 2002

In samenwerking met de GGD-en in Limburg en partners in België en Duitsland wordt er iedere vijf jaar een jongerenpeiling, een onderzoek naar genotmiddelen en (riskant) gedrag bij scholieren in het voortgezet onderwijs, gehouden. In 1996 vond de nulmeting plaats. In 2001 vond het tweede onderzoek plaats. 85 van de 87 scholen voor (speciaal) voortgezet onderwijs in Limburg hebben geparticipeerd! Bijna alle scholieren in klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs deden aan het onderzoek mee.

Resultaten

De eerste resultaten zijn bekend. Er is een vergelijking gemaakt met de Limburgse gegevens van 1996, van Limburg met de Duitse grensstreek en van de Limburgse met de Nederlandse gegevens. Een uitgebreide rapportage van de resultaten per GGD regio wordt in april 2003 verwacht. Alle scholen krijgen een eigen terugkoppeling op basis van hun deelname.

De eerste resultaten laten zien het volgende beeld in Limburg zien:

Totaal		Klas 2		Klas 4	
		J	M	J	M
8%	ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht	5%	8%	6%	12%
7%	drinkt 20 glazen alcohol per week	3%	2%	20%	5%
24%	rookt	14%	19%	31%	34%
23%	is de afgelopen 4 weken dronken/aangeschoten geweest	12%	11%	40%	31%
10%	heeft de afgelopen 4 weken cannabis gebruikt	6%	4%	17%	11%
1,5%	heeft de afgelopen 4 weken XTC gebruikt	0,8%	0,6%	3,1%	1,6%
1,7%	heeft de afgelopen 4 weken harddrugs gebruikt	1,3%	1,1%	3,1%	1,6%
11%	heeft de afgelopen 4 weken gespijbeld	5%	6%	18%	17%
5%	is de afgelopen week gepest	7%	6%	4%	3%
6%	vrijt onveilig	2%	2%	9%	13%
20%	ontbijt te weinig	15%	21%	18%	25%
16%	sport nooit buiten school	12%	17%	14%	20%

- Er zijn grote verschillen tussen de leerlingen van klas 2 en de leerlingen van klas 4. De risico-gedragingen komen bij klas 4 relatief meer voor dan bij klas 2. Zo wordt in klas 2 door 17% van de jongeren gerookt, in klas 4 is dat 32%. In klas 2 is 12% van de jongeren de afgelopen 4 weken aangeschoten of dronken geweest; in klas 4 is dat 35%. Leerlingen in klas 4 spijbelen meer dan de leerlingen in klas 2. Echter meer jongere dan oudere leerlingen worden gepest.
- Ook zijn er verschillen naar geslacht. Zo ervaren meisjes vaker dan jongens hun gezondheid als matig of slecht, wordt er door meisjes vaker slechter ontbeten en wordt er buiten school-tijd minder gesport door meisjes. Jongens drinken vaker en meer en gebruiken vaker cannabis.
- Er zijn geen grote verschillen voor wat betreft de verschillende risico gedragingen tussen de vijf Limburgse GGD-regio's. In Noord en Midden Limburg wordt meer gedronken 27% (20% in Zuidelijk Zuid Limburg) en in Zuidelijk Zuid Limburg is het gebruik van cannabis het hoogst met 11% (het laagst in Midden-Limburg met 8%).

- Vergeleken met de Duitse grensregio's vinden Duitse jongeren zich gezonder en zijn ze ook sportiever. In Limburg komt minder riskant gedrag voor dan in de Duitse regio's. Vooral het druggebruik is in Limburg lager.
- Wanneer de resultaten van 2001 vergeleken worden met de resultaten van het onderzoek in 1996 is het percentage rokers en druggebruikers de laatste vijf jaren opmerkelijk lager geworden. Deze positieve wending wijkt af van de landelijke trend die weinig verandering laat zien.

Bijlage 3

WCPV oude situatie	WCPV vernieuwde situatie per 1-1-2003
<p>Artikel 1: definitie collectieve preventie: bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter.</p>	<p>Artikel 1: definitie collectieve preventie: bescherming en bevordering van gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking.</p>
<p>Artikel 2: taken</p> <p>a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;</p> <p>b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen met gevolgen voor het leefmilieu;</p> <p>c) het bevorderen van de hygiëne en de psychohygiëne;</p> <p>d) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding.</p>	<p>Artikel 2: gemeentelijke taken</p> <p>a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie;</p> <p>b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;</p> <p>c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en opvoeding</p> <p>d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's in het bijzonder rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;</p> <p>e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;</p> <p>f) het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het berekenen en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.</p>

<p>Artikel 3 De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende infectieziekten en terzake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen.</p>	<p>Artikel 3 De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.</p>
<p>--</p>	<p>Artikel 3a: De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Zij draagt in ieder geval zorg voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren; b) het ramen van de behoefte aan zorg; c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, m.u.v. PKU, CHT en AGS (hielprikje) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma; d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding; e) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
<p>--</p>	<p>Artikel 3b: De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2,3, eerste lid en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.</p>

Bijlage 4

Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Geldige versie 1 januari 2003

Wet van 25 mei 1990, houdende regels met betrekking tot collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz. Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is wettelijke regels te stellen betreffende de bemoeienis van gemeentebesturen met collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid alsmede een wettelijke basis te bieden voor specifieke uitkeringen ter zake;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

§ 1. Inleiding

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. collectieve preventie: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
- c. epidemie van infectieziekten: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektenwet aangewezen ziekte;
- d. jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

§ 2. Gemeentelijke taken

Artikel 2

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

- a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking; deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld.
- b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;

- e. het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
 - f. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

1. De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding, voorzover dit bij algemene maatregel van bestuur is bepaald.
2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan de gemeenteraad, indien deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.
3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met de gemeenteraad. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de redenen daarvoor, mee aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

Artikel 3a

1. De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroidie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

Artikel 3b

De gemeenteraad stelt vóór 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2,3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid genoemde verplichting.

Artikel 4

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens de artikelen 3 en 3a opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 5a

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels, staat het de gemeenteraad vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door instellingen voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikel 6

1. De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

- a. geneeskunde;
- b. epidemiologie;
- c. verpleegkunde;
- d. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- e. tandzorg;
- f. gedragswetenschappen;
- g. informatica.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

Artikel 6a [Vervallen per 01-01-2003]

§ 3. Rijkstaken

Artikel 7

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.
3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

Artikel 7a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

§ 4. Gegevensverstrekking

Artikel 8

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder a, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan gemeenten door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

§ 5. Slotbepalingen

Artikel 9 [Vervallen per 01-01-1989]

Artikel 10 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 11 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 12 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 13 [Vervallen per 01-01-2003]

Artikel 14

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 januari 1989.

Indien het Staatsblad waarin zij wordt geplaatst wordt uitgegeven na 31 december 1988, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin zij wordt geplaatst en werkt zij met uitzondering van het bepaalde in artikel 5, eerste lid, terug tot en met 1 januari 1989.

Artikel 15

Deze wet kan worden aangehaald als 'Wet collectieve preventie volksgezondheid'.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 25 mei 1990

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons

Uitgegeven de zesentwintigste juni 1990

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin