
Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (28063).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mijnheer de voorzitter. De fractie van GroenLinks is verheugd dat het gelukt is deze wetswijziging nu nog te agenderen. De wet is van groot belang voor de bevordering en bescherming van de gezondheid, een buitengebied van de gezondheidszorg, waar wij het hier zo vaak over hebben. Het belang van dat buitengebied was zo'n 3000 jaar geleden al duidelijk, in de tijd van de oude Grieken. Die hadden veel ontzag voor de grote, zelfbewuste genezer Asklepios, die voor geen enkele bloedige ingreep terugschrok, maar de Grieken wisten dat het slecht met hem afliep. Toen hij de gestorven Hippolytos weer tot leven wekte, doodde Zeus hem met zijn bliksem. Zijn dochter Hygiea daarentegen leerde de mensen hoe zij, door verstandig te leven en zich goed te verzorgen, hun gezondheid konden behouden en verbeteren. Op de lange duur kom je daar veel verder mee. Maar ja, dat bloed maakte altijd veel indruk.

Zo'n dertig jaar geleden gaf de Canadees Lalonde een belangrijke impuls aan het moderne gezondheidsbeleid. Hij liet zien dat ook de geavanceerde geneeskunde slechts een beperkte bijdrage levert aan het bereiken en behouden van gezondheid. Het fysieke en sociale leefmilieu, het persoonlijk gedrag en ook de erfelijke eigenschappen van de mens hebben op bevolkingsniveau een veel grotere invloed. Die aanpak spreekt GroenLinks aan. Wij hebben dan ook het verbeteren van de gezondheid van kwetsbare groepen als prioriteit voor de periode 2002-2006 aangemerkt.

Maar nu de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Graag zeg ik eerst iets over de historische ontwikkeling van het preventiebeleid, daarna over de stappen die in deze kabinetsperiode gezet zijn en ten slotte over deze wet en enkele onderdelen waarvoor voorstellen tot amendering zijn gedaan.

In de negentiende eeuw was de grote vooruitgang van de gezondheid in Nederland te danken aan de zogenaamde hygiënisten, veelal artsen die het verband zagen tussen slechte leefomstandigheden en gezondheid. Het aanpakken van kelderwoningen, plaggenhutten, onbetrouwbare watervoorziening, gebrekkige riolering, bedorven of besmet voedsel en niet te vergeten mensonterende arbeidsomstandigheden heeft veel meer gezondheidswinst opgeleverd dan de op zichzelf ook wel indrukwekkende vooruitgang van de medische wetenschap. Maar de beste resultaten zijn te bereiken als voor de bevolking in haar geheel zorg voor de gezondheid wordt gecombineerd met maatregelen om ziekte te voorkomen en als daarbij de groepen die het meeste risico lopen ook de meeste aandacht krijgen.

Al in 1880 begint Aletta Jacobs, de eerste vrouwelijke arts, met gratis lessen over hygiëne en zuigelingen-zorg voor de arme vrouwen in de Jordaan. In 1894 start zij met een jarenlange strijd om de winkelmeisjes die veel klachten krijgen als zij van 's morgens vroeg tot 's avonds laat in de winkel moeten staan een zitplaatsje te geven. In dezelfde tijd neemt de strijd tegen besmettelijke ziekten vaste vormen aan. Een boeiend overzicht van al die ontwikkelingen lezen wij in "Aan de Achtergracht", het gedenkboek bij het 100-jarig bestaan van de Amsterdamse GG&GD. Ook andere grote steden richtten GG&GD'en op. De noodzaak tot technische hygiënezorg, de bestrijding van besmettelijke ziekten en geneeskundige armenzorg bestond vooral in de grote stad. Daarnaast organiseerde het Rijk in het hele land vanaf de invoering van de leerplicht het geneeskundig schooltoezicht en later ook het rijksvaccinatieprogramma. Particulier initiatief in de vorm van de vroegere kruisorganisaties, nu de thuiszorg, zette zich in voor zuigelingen- en kleuterzorg en kraamzorg.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw raakten de besmettelijke ziekten uit beeld. Dan komt de nadruk te liggen op onderzoek, advies, begeleiding van de jeugd, sociaal-medische advisering, bevordering van gezond gedrag en verzamelen van gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking. Staatssecretaris Hendriks, in de nota Basisgezondheids-

diensten, stimuleert de uitbreiding van de GGD'en over het hele land; de schoolartsendiensten worden geïntegreerd; de epidemiologie, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding krijgen aandacht; de medische milieukunde doet haar intrede en de technische hygiënezorg komt weer in beeld.

Daarna breekt de periode van decentralisatie aan. Vanaf 1989 draagt het Rijk de collectieve preventie over aan de gemeenten. Op enkele A4'tjes krijgen de gemeenten een paar globaal geformuleerde taken die uitgevoerd moeten worden door gemeentelijke gezondheidsdiensten. Uitvoeringstaken betreffen dan infectieziekten en jeugdgezondheidszorg. Een aantal met name genoemde deskundigheden moeten aanwezig zijn. Het is echter de tijd van de bezuiniging, de deregulering en de privatisering. De gemeenten trekken zich terug op hun kerntaken en de verwarring slaat toe. Herman Vuijsje vraagt zich in zijn boekje "Hulpeloze gladiatoren, haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?" dan ook af of de openbare gezondheidszorg in de arena van de vrije markt nog wel kan overleven. Wethouders, raadsleden en ambtenaren beseffen namelijk de draagwijdte en het langetermijnbelang van hun nieuwe opdracht niet. Mijn woongemeente, die 23.000 inwoners heeft, weigerde om mee te betalen aan de instandhouding van de tuberculosebestrijding, want er was toch helemaal geen tuberculose meer? De gemeente Amsterdam moet door de minister teruggefloten worden als zij overweegt om de hele GG&GD maar te verzelfstandigen.

De onrust leidt tot een onderzoek van de inspectie in 1995 naar gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie. Het heeft vernietigende conclusies. De inspectie zegt: het ontbreekt aan een algemeen gedragen opvatting over plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg; er is een grote diversiteit in betrokkenheid van gemeentebesturen bij collectieve preventie; collectieve preventie en gezondheidsbeleid nemen in het bestuurlijk krachtenveld maar een klein plaatsje in; gemeenten formuleren niet zelf een beleidsplan; het lokale gezondheidsbeleid is meestal slechts een reactie; de GGD'en krijgen een minimale financiering; het facetbeleid is zwak ontwikkeld in de gemeenten en van

Hermann

bestuurlijke en uitvoerende zijde is er behoefte aan meer centrale sturing van de collectieve preventieve zorg.

De minister reageert. Zij stelt de commissie-Lemstra in en baseert op de aanbevelingen die de commissie in vervolg op het inspectierapport doet, de beleidsbrief van 20 mei 1997. Die brief bevat al de verantwoordelijkheden van het Rijk en het voornemen om een landelijk uniform basistakenpakket te formuleren dat alle gemeenten door hun GGD'en moeten laten uitvoeren. Daarnaast kunnen er ook nog lokale of regionale plustaken bij de GGD'en terecht komen. Dit voornemen komt terug in het regeerakkoord van 1998. Dat bevat bovendien de intentie om de preventieve jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar tot een geheel te maken met een uniform bodempakket voor alle kinderen en een specifiek aanbod als dat lokaal of voor het individu wenselijk is.

Dat zijn de startpunten van het wetsvoorstel dat nu voor ons ligt. In de afgelopen vier jaar heeft het preventiebeleid wel aandacht gekregen, maar dat was de fase van de woorden; nu is het tijd voor de daden. Wij hopen dan ook van de regering de bevestiging te krijgen dat deze gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid op 1 januari 2003 werkelijk ingaat. Het belangrijkste effect van de stuurgroep, de platforms en de werkgroepen uit de afgelopen jaren was dat er over collectieve preventie gesproken werd en dat het besef in brede kring doordrong dat preventie beter tot haar recht komt naarmate meer mensen meedoen. Het blijft een proces van lange adem en het ontbreken van snelle successen, maar voor de goede waarnemer wel zichtbare resultaten. Collectieve preventie is namelijk iets anders dan individueel preventief handelen. Het gaat niet om een antwoord op een hulpvraag, maar om een breed aanbod van bescherming en bevordering, gebaseerd op wetenschappelijk inzicht en gepresenteerd met gebruikmaking van epidemiologische en sociologische inzichten.

Deze bewindslieden hebben drie mijlpalen bereikt. Het convenant inzake openbare gezondheidszorg, het Stimuleringsfonds openbare gezondheidszorg en de positionering van de jeugdgezondheidszorg. Daarmee geven zij een verankering van de verantwoordelijkheid van de maatschappij versus die van het

individu. Het convenant en het stimuleringsfonds hebben bijgedragen tot verheldering en verdieping van inzicht. Volgens ons is het daarom wenselijk nu ook de definitie van wat collectieve preventie is, te actualiseren. De Raad van State heeft in het advies op dit wetsvoorstel ook aangegeven dat de huidige omschrijving moeilijk hanteerbaar is en dat het wenselijk zou zijn herziening te plegen.

Dat heeft ons gebracht tot het amendement op stuk nr. 7. Wij gaan nu wat ons betreft de collectieve preventie betitelen als de 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. Het laatste woord is nog niet gezegd in Nederland over wat de Engelsen al jaren "public health" noemen en de Fransen "santé publique". Gaan wij het "publieke gezondheidszorg" noemen? Daar zijn wij nog niet uit, maar wij houden het op "collectieve preventie" in de betekenis die wij daar gezamenlijk aan toekennen.

Als wij verder kijken naar de artikelen van dit wetsvoorstel, dan vinden wij dat de nieuwe redactie van artikel 2 nog onvoldoende aangeeft wat er feitelijk van gemeenten wordt verwacht. Mét de Raad van State menen wij dat hoewel de betiteling gewijzigd is, de bedoeling van de verheldering nog tekortschiet. Wij steunen dan ook het amendement van mevrouw Arib om de uitwerking uit de proeve van het besluit in de wet zelf op te nemen. Het moge zo zijn dat een algemene maatregel van bestuur makkelijker te wijzigen is bij gewijzigde omstandigheden, maar wij menen dat op deze wijze geformuleerd de medische milieukunde, de technische hygiënezorg en de openbare geestelijke gezondheidszorg een uitwerking hebben die aansluit bij wat de bevolking daarvan verwacht en die uitvoerbaar is voor de GGD'en. Zelf hebben wij nog een amendement ingediend...

Ik merk dat ik mijn stapeltje amendementen op mijn plaats heb laten liggen, voorzitter. Misschien mag ik het even halen?

De **voorzitter**: Dat mag uiteraard. Dit zullen wij toch van u missen na 15 mei!

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Het amendement van mevrouw Arib waarover ik zojuist sprak, draagt stuk nr. 12. Daarin wordt verder ingegaan op de taken van de medische milieukunde. Er wordt ingegaan op de technische hygiënezorg en op de openbare geestelijke gezondheidszorg met de omschrijvingen waarover inmiddels brede consensus bestaat.

Dan is er nog een amendement door onszelf ingediend over de epidemiologische taak, op stuk nr....

Minister **Borst-Eilers**: Stuk nr. 9.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dank u wel, minister. Het ontbreekt in mijn stapeltje. Het gaat verder over de deskundigheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst. Daarbij is het belangrijk dat die deskundigheid optimaal wordt benut om op landelijk vergelijkbare wijze inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking. Als landelijk op vergelijkbare wijze in alle gemeenten gezondheidsgegevens worden verzameld, kunnen die tevens de basis zijn voor de gemeentelijke nota inzake gezondheidsbeleid, waarmee wij een mooie aansluiting kunnen krijgen tussen het landelijk kader en de gemeentelijke situatie.

Minister **Borst-Eilers**: Het in de war zijn is kennelijk besmettelijk. Ik riep dat het ging om het amendement op stuk nr. 9, maar dat moet het amendement op stuk nr. 13 zijn.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Dank, minister. Ik voel mij al helemaal deel uitmaken van het kabinet, maar dat is niet de bedoeling. Ieder zijn plaats! Het is inderdaad nr. 13, dat gaat over de epidemiologische taak. Waarom is die taak zo belangrijk? Omdat het voorgenomen beleid ter verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen het noodzakelijk maakt dat wij instrumenten hebben om de effecten van interventies te kunnen monitoren. Wij menen dat juist de gemeenten met hun GGD'en bij uitstek geschikt zijn om hieraan bij te dragen, maar dan moeten die gegevens wel landelijk vergelijkbaar zijn.

Waar het gaat om de oude opdracht van infectieziekebestrijding, is er in het voorliggende wetsvoorstel voor gekozen, de

Hermann

nadere omschrijving daarvan ook helemaal uit de wet weg te laten en dat te regelen in de algemene maatregel van bestuur. Dat betreuren wij. Wat dat betreft hebben wij een amendement op stuk nr. 9 ingediend – dat is echt het goede nummer – want het is voor ingewijden volkomen duidelijk dat iedere besmettelijke ziekte, indien daartoe aanleiding bestaat, zich kan lenen voor een taakinvulling door de GGD. Maar voor gemeentebesturen lijkt het ons niet wenselijk om bij ieder incident met de GGD in conclaaf te moeten gaan om te overleggen, of deze explosie van besmettelijke ziekten nu wel of geen taak voor de GGD is. Bovendien roep ik in herinnering dat bij de invoering van de WCPV de categoriale bestrijding van geslachtsziekten en tuberculose expliciet is ingebracht bij de GGD'en. Dat zijn grote en permanente bedreigingen in de wereld van vandaag, een wereld waarin wij met steeds meer internationaal verkeer ook steeds meer besmettingskansen lopen. Die kansen moeten wij expliciet benoemen.

Ik kom toe aan de positionering van de jeugdgezondheidszorg, een zaak van groot belang. Mijn persoonlijke herinneringen gaan terug naar de tijd, waarin de drie organisaties het Groene Kruis, het Wit Gele Kruis en het Oranje Groene Kruis de 0- tot 4-jarigenzorg uitvoeren. Allemaal met eigen afdelingen, eigen wijkverpleegkundigen, eigen bureaus, eigen registratielijsten enzovoorts. Gelukkig is er inmiddels veel eenheid tot stand gekomen, maar we zijn er nog niet. Deze kabinetsperiode hebben we in het bijzonder met de staatssecretaris daar een aantal malen onze zorgen over uitgewisseld. Want onder andere uit rapporten van de Inspectie voor de volksgezondheid en het RIVM bleek dat bij de 0- tot 4-jarigenzorg de informatievoorziening vaak gebrekkig is, dat er veel variatie is in de werkwijze, dat het niet duidelijk is of bijvoorbeeld budgetten voor fysieke bereikbaarheid en speciale zorg voor achterstandskinderen ook werkelijk daarvoor worden ingezet, en dat er grote verschillen zijn in inzet van menskracht en deskundigheid. Ook bij de 4- tot 19-jarigenzorg kan nog wel het een en ander verbeterd worden.

Wij hebben dan ook met veel waardering ingestemd met de

voorstellen van de staatssecretaris voor de integratie van de 0- tot 4-jarigenzorg en de 4- tot 19-jarigenzorg, onder regie van de gemeenten. Een goed overgangstraject is daarvoor essentieel. Het nieuwe artikel 3a van de wet geeft eenduidig aan, waar de gemeente voor heeft te zorgen. Dit kan bij algemene maatregel van bestuur worden uitgewerkt. Wij hebben vragen gesteld over het nieuwe artikel 5a. Een en ander heeft tot intensief overleg geleid. Mevrouw Arib heeft op stuk nr. 17 een amendement op dit punt ingediend. De staatssecretaris heeft mij inmiddels een vingerwijziging gegeven om dit amendement te perfectioneren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): U bent medeondertekenaar van dit amendement en daarom de volgende vraag. Waarom moet er een knip aangebracht worden tussen de leeftijdsgroepen 0 tot 4 jaar en 4 tot 19 jaar? U heeft zojuist gezegd, blij te zijn dat er nu voor de groep van 0 tot 19 jaar geen onderscheid meer gemaakt wordt. Ik heb op dit punt een amendement ingediend waarbij het erom gaat dat de keuze aan de gemeente wordt overgelaten. Die keuze moet dan wel voor de gehele groep gelden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Het belangrijkste is dat de systematiek voor de gehele groep van 0 tot 19 jaar hetzelfde is. De gemeente heeft de regie en dat is de garantie voor eenduidigheid, ongeacht of zij meerdere organisaties heeft ingeschakeld. Daarmee is de knip geëlimineerd.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het gaat om de samenhang met de jeugdgezondheidszorg en het lokaal jeugdbeleid. Dat is echter onderdeel van het maatwerkdeel en niet van het uniforme deel. De gemeenten zijn dan ook vrij om daar veel of weinig energie in te steken. Bent u niet bang dat er een duidelijke knip ontstaat, de goede gemeenten daargelaten? Het gevaar is groot dat alles bij het oude blijft en wij waren er allemaal van overtuigd dat het anders moest.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De gemeentelijke regie is het belangrijkste. De gemeente beschikt over de nodige deskundigheid door de zeer

directe relatie met de GGD. Ik weet nog niet van thuiszorgorganisaties die beschikken over epidemiologische deskundigheid, die directe relaties hebben met de gemeentelijke basisadministratie, die uitvoering geven aan de inspectietaak ten aanzien van kinderdagverblijven, die de technische hygiënezorg regelen enzovoorts. De gemeentelijke supervisie levert de gewenste eenduidigheid in de aanpak op. Evenals bij een grote GGD zullen er dependances ontstaan, maar er wordt wel een uniforme werkwijze gehanteerd. Wanneer andere organisaties een totaalpakket aanbieden, is het gevaar groot dat er dubbel werk gedaan wordt. Bovendien zijn de thuiszorgorganisaties daar op dit moment nog in het geheel niet voor te porren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Waarom pleit u er niet voor, alles bij de GGD onder te brengen. U brengt toch een knip aan. Als die via afspraken voorkomen kan worden, is het toch ook niet nodig de huidige situatie aan te passen? Ik deel uw uitgangspunt, maar het risico is dat de groep van 0 tot 4 jaar en de groep van 4 tot 19 jaar volstrekt gescheiden worden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik deel uw vrees niet. Ik denk dat de thuiszorgorganisatie die na 2003 de zorg voor de 0- tot 4-jarigen op zich neemt, dit op een geheel andere manier zal opzetten. U moet hierbij denken aan het voorbeeld van een zelfstandige kruidenier die franchisenemer van een winkelketen wordt. Dit leidt tot een andere aanpak dan wanneer men het zelf voor het zeggen heeft. Ik hoor mevrouw Van Vliet lachen. Kennelijk is het niet meer voor discussie vatbaar. Hoe dan ook, je bent een onderaannemer en dat is heel iets anders dan een zelfstandig ondernemer.

Mijn laatste opmerking bij dit amendement gaat over het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen. Dat betreft het laatste onderdeel van lid 2 van artikel 3. Omdat de gemeente een veel breder bereik heeft dan een thuiszorgorganisatie, vinden wij dat het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen een taak behoort te zijn van de gemeente.

Het Rijk. Ik memoreerde de brief van de minister uit 1997 over de verantwoordelijkheden van de

Hermann

landelijke overheid. Wat is meer passend dan de uitspraken van de minister van toen nu in de wet te verankeren? Bij de schriftelijke ronde heeft D66 ook nog gevraagd naar het vormgeven van kwaliteit en doelmatigheid. In het amendement op stuk nr. 10, waarin de taken van het Rijk explicieter worden geformuleerd dan in het voorliggende wetsvoorstel, wordt dit nader uitgelegd. Ik hoor graag van de minister of zij hier ook onder verstaat dat de beroepsopleiding voor de bij de GGD'en werkzame sociaal-geneeskundigen, de post-hbo-opleiding voor de AGZ- en JGZ-verpleegkundigen en dergelijke, voor rekening van VWS kunnen worden gebracht.

GGD'en vallen wel onder de Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst, maar niet in hun totaliteit onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Die geldt immers voor instellingen die zijn omschreven in de Ziekenfondswet en de AWBZ. Om andere instellingen daaronder te kunnen brengen, moet volgens artikel 1, lid 2, van de Kwaliteitswet een algemene maatregel van bestuur zijn genomen. Is de minister bereid om een dergelijke AMvB voor het gehele takenpakket van de GGD te maken?

De rekening. De revitalisering van de openbare gezondheidszorg krijgt nu gestalte, maar het uitgangspunt dat dit proces voor het Rijk budgettair neutraal kan zijn, vind ik bizar. Je maakt immers iets completer. Je maakt het beter en mooier. Dat moet wat kosten. Ik sluit mij daarom aan bij het wat ondergesneeuwde verzoek van GGD Nederland. Dit verzoek werd op 11 september gedaan, precies een uur voordat wij allemaal in de ban raakten van de vreselijke gebeurtenis in New York. GGD Nederland deed het verzoek, toe te werken naar een verhoging van het financiële beslag voor de preventie, van 2% naar 4% van het zorgbudget. Ik hoop dat de bewindslieden daartoe bij de begroting voor 2003 een eerste stap willen zetten.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. Ik heb alle stapels meegenomen. Beter te veel dan te weinig. Er is een behoorlijke hoeveelheid amendementen.

In de Wet collectieve preventie volksgezondheid wordt een aantal

gemeentelijke taken geherformuleerd. Daarnaast wordt in deze wet het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg verankerd en krijgen Rijk en gemeenten de opdracht, periodiek een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Is de termijn voor de eerst gemeentelijke nota's, 1 juli 2003, ook haalbaar? In een hoop gemeenten moet het eerste denken immers nog worden gedaan. Misschien zijn er cijfers over gemeenten die al heel ver zijn. Ik zou daar graag wat meer over horen.

Voor de financiering van de taken op het terrein van de collectieve preventie zijn destijds bij het in medebewind opdragen van deze taken aan gemeenten ook de hiervoor beschikbare middelen naar het Gemeentefonds overgeheveld. De fractie van D66 is van mening dat de nu voorgestelde wijziging een aanscherping en verduidelijking betreft, maar geen taken bevat die nieuw zijn of niet hadden kunnen worden voorzien door gemeenten. Ook de verplichting tot het periodiek opstellen van een nota gezondheidsbeleid is geen nieuwe taak, maar een aanscherping van de wet over de wijze waarop gemeenten verantwoording afleggen aan politiek en burgers over de keuzes die zijn gemaakt bij het gezondheidsbeleid.

Wel zijn wij van mening dat er nieuwe kosten gemaakt zullen worden door de zorg voor 0- tot 4-jarigen onder gemeentelijke regie te brengen. Wij hebben begrepen dat de kosten op dit moment worden geanalyseerd. Wanneer zijn de uitkomsten daarvan bekend?

Mijn fractie denkt dat de Vereniging van Nederlandse gemeenten gelijk heeft als zij aangeeft van mening te zijn dat er geld nodig is om in te spelen op ontwikkelingen zoals de uitvoering van het rapport-Albeda over gezondheidsverschillen, de actuele ontwikkelingen rond infectieziekten en veiligheidsbeleid en dergelijke. Daarover is in de vraagstelling in de memorie van toelichting en de antwoorden op de nota naar aanleiding van het verslag niet echt de mening van de minister te vinden. Ik hoor graag haar reactie daarop. Ik zou mij kunnen voorstellen dat dit voor een deel in het kader van het grotestedenbeleid wordt verwerkt, maar gemeentelijk gezondheidsbeleid geldt voor iedere gemeente. Ik verzoek de minister dan ook te reageren op dit onderdeel van

de vragen van de Vereniging van Nederlandse gemeenten.

In de rapporten van de Inspectie voor de gezondheidszorg en van de commissie-Lemstra wordt gesignaleerd dat gemeenten in het ongewisse verkeren over hun taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de collectieve preventie. Ook het advies van de Raad van State bij de wijziging van de wet signaleert dat het belangrijkste doel van de wijziging, te weten het helder formuleren en goed vastleggen van de verantwoordelijkheden van landelijke overheid en gemeentebesturen, onvoldoende is geëffectueerd. Het feit dat nadere omschrijvingen bij regelingen ter uitvoering van de wet zullen worden voorgesteld, biedt in de ogen van de fractie van D66 onvoldoende tegenwicht aan het ontbreken van duidelijke omschrijvingen van taakgebieden en activiteiten waarvoor gemeenten op grond van deze wet verantwoordelijk zijn. Daarom heeft de fractie van D66 een amendement van mevrouw Hermann medeondertekend om dit alsnog te regelen.

Wij hebben nog twee andere amendementen van collega Hermann medeondertekend. Ik noem als eerste het amendement dat ertoe strekt dat het verzamelen en analyseren van gezondheidsgegevens als taak van de gemeente op uniforme wijze plaatsvindt. Het tweede amendement strekt ertoe dat de collectieve preventie meer landelijk wordt aangestuurd door het vaststellen van een landelijk programma voor uitvoering en onderzoek op dit terrein door het in stand houden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur en het bevorderen van departementale en internationale samenwerking. Nadere toelichting door ons acht ik niet nodig, omdat het dictum van de amendementen zeer duidelijk ook de mening van de fractie van D66 beschrijft.

Op het terrein van het lokale gezondheidsbeleid vormt de jeugd van 0 tot 19 jaar een bijzonder aandachtsgebied. Juist voor deze groep is via een toegesneden beleid, het jeugdgezondheidsbeleid, belangrijke gezondheidswinst te halen. Verschillende wegen zullen worden bewandeld, zo lees ik, om die winst daadwerkelijk te realiseren. Daarbij wordt door het ministerie aansluiting gezocht bij sectoren als onderwijs, jeugdzorg, kinderopvang,

Van Vliet

opvoedingsondersteuning, welzijn en politie. Het maken van sluitende afspraken vanuit een integraal jeugdkader biedt volgens mijn fractie goede perspectieven om gezondheidswinst te realiseren.

Door het in de WCPV verankerde basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg is het naar onze mening mogelijk, een kwalitatief verantwoord aanbod aan activiteiten te realiseren dat goed aansluit bij de ontwikkelingen in aanpalende sectoren. Wel hebben wij nog een aantal vragen en opmerkingen over dit onderdeel.

Er wordt gekozen voor een uniform en een marktwerkdeel. Op zichzelf vinden wij die keuze begrijpelijk, maar wij maken ons zorgen dat het volledig gescheiden trajecten zullen worden, terwijl er juist sprake zou moeten zijn van veel samenhang. Wij zouden daar graag een reactie op krijgen. Kunnen de bewindslieden duidelijk maken of zaken als een herhaling van een gehoorstest deel blijft uitmaken van een uniform deel of moet de gemeente zelf bepalen hoe zij daarmee omgaat?

De Landelijke vereniging van thuiszorg wijst erop dat heupdysplasie ontbreekt in het product screeningen, terwijl het een van de meest voorkomende ontwikkelingsstoornissen is die zich na de geboorte manifesteert. De fractie van D66 ziet deze screening graag alsnog opgenomen in het besluit en vraagt de minister of de staatssecretaris of dit ook gaat gebeuren.

D66 heeft tijdens het algemeen overleg van 23 november 2000 aangegeven van mening te zijn dat zowel GGD'en als thuiszorginstellingen, waaronder reeds de consultatiezorg valt, als uitvoeringsorganisaties aangewezen zouden moeten zijn. Ik zeg er heel specifiek bij dat het ook gaat om de jeugdgezondheidszorg. Er mag geen verwarring ontstaan. Wij vinden niet dat de thuiszorg het beleid rondom preventie, infectieziekten, enzovoorts, zou moeten overnemen.

De GGD staat echter in de wet genoemd, maar de thuiszorg niet. Ik heb begrepen dat op het ministerie gedacht wordt dat het niet mogelijk is om beide in de wet op te nemen. Er zouden dan problemen komen met de NMa. De thuiszorgorganisaties zijn immers geen van overheidswege gesubsidieerde organisaties zoals de GGD. Ik heb dat

nagevraagd. Er zijn net zoveel juristen van mening dat het wel kan als er juristen zijn die van mening zijn dat het niet kan. Ik zie de staatssecretaris knikken dat het ook kan. Ik wacht dan ook met smart op haar antwoord. Als de regering besluit om het gewoon in de wet te zetten, zeggen deze juristen dat de NMa zich er niet mee zal bemoeien.

Ik heb op dit punt een amendement ingediend. Dat is een wat ander amendement dan dat van de collega's Arib en Hermann. In mijn amendement staat dat er gelijkwaardigheid moet zijn tussen GGD en thuiszorgorganisaties. De gemeenten moeten kunnen kiezen wie men de jeugdgezondheidszorg laat uitvoeren. Die keuze is gemaakt omdat dit waardevol is. Er moet voorkomen worden dat er een knip komt tussen 0 tot 4 jaar en 4 tot 19 jaar. Ik maak mij er zorgen om dat dit bij uitvoering van het amendement-Arib/Hermann zou kunnen gebeuren. Ik wil dat voorkomen. Dit is een van de essenties van de discussie die hierover is gevoerd. Ik hoor graag de reactie van de staatssecretaris en de minister op dit amendement. Ik ben benieuwd of zij de mening delen dat dit mogelijk is. Daarop zou dan een inhoudelijke discussie moeten volgen. Ik kan mij overigens voorstellen dat heel veel gemeenten vanwege de door mevrouw Hermann genoemde redenen kiezen voor de GGD. Het is echter niet meer de taak van de landelijke overheid om daarbij te sturen. Wij willen beide organisaties in de wet noemen, zoals is gezegd op 23 november 2000.

Het lokaal gezondheidsbeleid is erop gericht, een integraal gezondheidsbeleid tot stand te brengen waardoor de gezondheidssituatie van de bevolking verder verbetert. Gemeenten, GGD'en, consultatiebureaus huisartsen, thuiszorginstellingen en gezondheidscentra zijn daarbij de toonaangevende partijen. Zij kunnen en moeten ook andere partijen zoals bedrijven, verzekeraars en specialisten betrekken en mede verantwoordelijk maken. Begin 2001 is het Nationaal contract voor de openbare gezondheidszorg afgesloten om de krachten van gemeenten en Rijk te bundelen en om een gezamenlijke richting te krijgen in het realiseren van zoveel mogelijk gezondheidswinst voor mensen. De fractie van D66 vond en vindt dat een dergelijk contract een heel goede zaak is. Dat

gaat bij iedereen leven. De zorg is dat het bij het contract blijft en dat veel gemeenten toch een wat passieve houding aannemen bij het opdoen van de kennis. Het idee dat men verantwoordelijk is voor het gezondheidsbeleid, leeft absoluut. Ik doel op het opdoen van kennis en het starten met het schrijven van een gezondheidsnota. Ik merk in mijn eigen gemeente dat men er enthousiast aan is begonnen, maar dat men blijft hangen bij vragen zoals: wat doen wij met infectieziekten en met de cijfers die de GGD aanlevert over de gezondheid in de regio.

Naar onze mening is een nota gezondheidsbeleid van veel bredere waarde. Daarin moet de samenhang met allerlei andere sectoren naar voren komen. Ik hoor meer van dit soort dingen in fora die wij allemaal veel bezoeken. Ik denk dat het nodig is dat de overheid op dit vlak een fikse impuls afgeeft. Misschien is een brief nodig aan alle gemeenten om erop te wijzen wat het beleid inhoudt en wat er in een nota moet komen te staan. Alles wat de gemeente ervan vindt, mag er immers in komen te staan. Vooralsnog ben ik van mening dat veel gemeenten er wat beperkt mee bezig zijn. Wij moeten hen ondersteunen en stimuleren met een nadere toelichting. Anders komen wij bij de evaluatie over een paar jaar tot de conclusie dat de stand van zaken per gemeente wel heel verschillend is. Dat moeten wij voorkomen bij het gezondheidsbeleid en de jeugdgezondheidszorg. Daarvoor is het een veel te belangrijk onderwerp.

□

De heer **Udo** (VVD): Voorzitter. De inhoud van de voorliggende voorstellen is belangwekkend en gaat ons allemaal aan. Gezondheid wordt in ieder opinieonderzoek genoemd als ons hoogste goed. Voorkomen van ziekte is daarbij beter dan genezen, zo weten wij al eeuwen. Soms lijkt het echter alsof wij deze wijsheid zijn vergeten. Naar de mening van de VVD-fractie is preventiebeleid uitermate belangrijk. Dit moet hoog op de politieke agenda staan; gezond gedrag dient te worden gestimuleerd. De kern van de wetgevende activiteit van vandaag is, overeenkomstig de opdracht uit het regeerakkoord, om door middel van de Wet collectieve preventie volksgezondheid meer

Udo

duidelijkheid te scheppen over de verantwoordelijkheden van de landelijke overheid en de gemeenten op het gebied van de collectieve preventie.

Deze wet bevat tevens de opdracht, een basistakenpakket te formuleren dat alle activiteiten inzake jeugdgezondheidszorg omvat die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. De Wet collectieve preventie volksgezondheid maakt de gemeenten ervoor verantwoordelijk dat collectieve preventietaken worden uitgevoerd, ongeacht wie ze feitelijk uitvoert. De gemeente draagt daarbij zorg voor continuïteit, samenhang en afstemming binnen de collectieve preventie en met de curatieve gezondheidszorg. Daarnaast wijst de Wet collectieve preventie volksgezondheid expliciet taken aan die de gemeenteraad zelf moet uitvoeren. Voorbeelden daarvan zijn de infectieziektebestrijding, de jeugdgezondheidszorg en de bevorderingstaken.

De hoofdzaak is dat deze minister de openbare gezondheidszorg en de collectieve preventie te lang laag op de politieke agenda heeft gezet. Het departement heeft toch wat lang gewacht met een integrale visie op de collectieve preventie en hierdoor zijn organisaties onvoldoende gestimuleerd om extra te investeren in tijd en geld. Gelukkig is vorig jaar het Nationaal contract openbare gezondheidszorg gesloten, waarbij het uiteindelijke doel is de versterking van de openbare gezondheidszorg, om te komen tot gezondheidswinst voor zoveel mogelijk mensen. Het gaat om gelijke kansen op gezondheid, vermindering van vermijdbaar verlies van gezonde levensjaren en daling van vermijdbare sterfte. Voor een succesvolle collectieve preventie is in ieder geval noodzakelijk een verbeterde samenwerking tussen cure, care, gemeenten en GGD'en. Collectieve preventie geeft kansen en uitdagingen om substantiële gezondheidswinst te behalen, waarbij eenieder in de toekomst langer en gezonder moet kunnen leven en waarbij de toegankelijkheid wordt verbeterd.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik ben het met het gehele betoog van de heer Udo eens, behalve met zijn inleiding. Hij zegt dat het zo lang heeft geduurd voordat dit er is gekomen. Dat kan ik niet plaatsen, aangezien

het tot nu toe altijd gemeentelijk beleid is geweest. Dat heeft de VVD-fractie ook altijd uitgedragen, dus ik begrijp niet waarop de heer Udo zijn uitspraak baseert.

De heer **Udo** (VVD): Mevrouw Van Vliet weet zelf ook wel dat het lang heeft geduurd. Wij hebben in deze periode één keer een algemeen overleg gehad over de collectieve preventie. De totstandkoming van het wetsvoorstel heeft toch wel wat lang geduurd. Dat is de kwintessens.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): In de tussentijd is er met Jan en alleman – ik druk mij wat onbehoorlijk uit – overleg gevoerd over hoe een en ander moest worden ingevuld. Had de heer Udo gewild dat wij het voor het gehele land hadden bepaald?

De heer **Udo** (VVD): Nee, dat had ik juist niet gewild. De VVD-fractie is namelijk voorstander van decentralisatie. Ik zeg alleen dat het traject naar decentralisatie, dat door de rijksoverheid is ingezet, wel wat sneller had gekund.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daarmee diskwalificeert de heer Udo dus impliciet alle mensen die daaraan in het veld keihard hebben gewerkt.

De heer **Udo** (VVD): Mevrouw Van Vliet ziet het helemaal verkeerd. Het is niet de schuld van het veld, want het veld heeft alles gedaan om het departement te adviseren.

Voorzitter. Ik vervolg mijn betoog. De problemen die zich in Nederland voordoen omtrent de volksgezondheid liegen er niet om. De gezonde levensverwachting neemt bijvoorbeeld niet toe, het risicogedrag bij jongeren neemt toe en de cijfers inzake ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn te hoog. Dit zijn allemaal zaken die uitdrukkelijk verbetering behoeven en waaraan een efficiënte, collectieve preventie een goede bijdrage kan leveren. Gelukkig heeft de minister haar visie weergegeven in de nieuwe Wet collectieve preventie volksgezondheid, op basis van de aanbevelingen van de stuurgroep Basistaken collectieve preventie. Het gaat daarbij om bevorderingstaken, infectieziekten, medische milieukunde, geestelijke gezondheidszorg, et cetera. Wij kunnen ons vinden in het feit dat de Wet collectieve preventie gezondheidszorg de

gemeenten de vrijheid laat om middelen in te zetten op de plaatsen waar zij gegeven de specifieke omstandigheden het meest nodig zijn, maar bij deze vrijheid hoort ook een goede afstemming voor het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg en het aanpassen van deze zorg aan nieuwe ontwikkelingen. Hoe beziet de minister de relatie tussen gemeente en overige zorgaanbieders, zoals GGD en thuiszorginstellingen? Belangrijke aandachtspunten in dit verband zijn toezicht en controle. Ook de vraag wie waarvoor verantwoordelijk wordt gehouden, vereist nadere precisering. Wij hebben bij de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel hiernaar reeds gevraagd. Op welke wijze kan mogelijk tekortschietende zorg het best worden opgespoord?

Wij zijn voorts van mening dat de bereikbaarheid van de instellingen moet worden verbeterd. Het wetsvoorstel blijft onduidelijk over de wijze waarop de burger direct of indirect bij het lokale gezondheidsbeleid kan worden betrokken. De recente uitbraak van meningitis in ons land is een schrijnend voorbeeld van de wijze waarop de burger om een spoedige, preventieve enting vraagt maar deze pas in vertraagde vorm van de rijksoverheid verkrijgt. Waarom onderneemt de minister zo laat actie op dit punt? De burger vertaalt een en ander niet naar een juiste vorm van collectieve preventie.

Wij zijn van oordeel dat de gemeenten terecht veel vrijheid krijgen om de financiële middelen daar in te zetten waar dat gegeven de lokale omstandigheden het meest noodzakelijk is. Kan de minister nader ingaan op de beschikbare financiële ruimte die door het Gemeentefonds wordt geboden? Het betreft de relatie tussen de beschikbare middelen en de kwalitatief en kwantitatief verantwoorde uitvoering. De minister zal de Kamer in ieder geval inzicht moeten kunnen verschaffen in de uitvoeringskosten van deze nieuwe wet. De VNG heeft immers ongezoeten kritiek geleverd op de financiering die niet afdoende zou zijn geregeld. Ik verzoek de minister om een reactie op de brief van de VNG en de GGD Nederland.

In de laatste jaren is veel te doen geweest omtrent virussen zoals HIV, hepatitis B en hepatitis C in het algemeen, en in bloed en bloedproducten in het bijzonder. Het spreekt voor zich dat ook op dit punt

Udo

preventie van groot belang is. Binnenkort, medio 2002, zal een systeem op de Europese markt worden gebracht, waarmee virussen, bacteriën, parasieten en leukocyten snel kunnen worden geïnactiveerd zonder dat de therapeutische eigenschappen van het bloed worden aangetast. Het geniet vanzelfsprekend de voorkeur om deze preventieve aanpak nu reeds te implementeren. Wat is de visie van de minister in dezen?

Het is tevens van het grootste belang dat de toekomstige taken voor collectieve preventie gekoppeld worden aan de breedtesportimpuls. Wij bedoelen daarmee natuurlijk: meer bewegen, antibewegingsarmoede en een fitte leefstijl voor alle leeftijden.

De heer **Buijs** (CDA): Ik verzoek de heer Udo aan te geven wat hij bedoelt met het bevorderen van het inactiveren van leukocyten in bloed. Ik zie namelijk niet het verband met het wetsvoorstel.

De heer **Udo** (VVD): Het betreft een techniek die dit jaar op de Europese markt wordt gebracht, waarbij virussen en parasieten snel kunnen worden geïnactiveerd. Ik vraag de minister of zij daarmee bekend is en wat haar mening daarover is.

De heer **Buijs** (CDA): Waarschijnlijk doelt de heer Udo op leukodepletie en het inactiveren van allerlei virussen in bloedproducten. Hij stelt toch niet voor, de bloedtransfusies over te hevelen naar bijvoorbeeld de GGD?

De heer **Udo** (VVD): Nee, absoluut niet. Dat is een misverstand. Ik verzoek de minister om een reactie op deze nieuwe techniek.

Ten slotte kom ik op het punt van het draagvlak. Wij zijn onomwonden van mening dat de uitvoerende AMvB's idealiter in samenspraak met betrokken organisaties en instellingen tot stand komen.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant kan tot haar spijt niet aan het debat deelnemen. Zij laat zich verontschuldigen, zij had andere verplichtingen.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Met groot genoegen heb ik mevrouw Hermann een college horen geven

over de betekenis van preventie in de openbare gezondheidszorg, waarin zij terugging naar Hygiea, waarvan het woord "hygiëne" is afgeleid. Dit onderstreepte hoe oud deze benadering van de geneeskunde is. Het is dus goed dat wij ons het belang van de openbare gezondheidszorg nog eens goed realiseren. In verschillende debatten komen wij daar ook telkens op terug. De openbare gezondheidszorg zal ook in de toekomst een belangrijke taak in het volksgezondheidsbestel moeten vervullen.

Dit wetsvoorstel dient ertoe, de verantwoordelijkheden van landelijke overheid en gemeentebesturen op het gebied van collectieve preventie nader vorm te geven. Aan mevrouw Van Vliet zeg ik expliciet dat het lang heeft geduurd alvorens de minister dit wetsvoorstel aan de Kamer kon aanbieden. Het woordje "kon" is hier echter van belang. Ik neem het de regering namelijk niet kwalijk, omdat het juist door goed overleg tot stand heeft kunnen komen en dat heeft nu eenmaal tijd nodig. Mijn fractie is verheugd dat het toch nog voor het eind van deze kabinetsperiode kan worden behandeld, zodat gemeenten en andere overheden duidelijkheid krijgen over de taken en functies op het gebied van preventie die aan hen kunnen worden toebedeeld.

De CDA-fractie kan zich op hoofdlijnen verenigen met dit wetsvoorstel, maar voor een definitieve instemming wil zij toch nog op een aantal punten duidelijkheid. Allereerst enkele vragen over het aangeboden pakket en de afgrenzing tussen het uniforme deel en het maatwerkdeel. Het uniforme deel dat gemeenten moeten aanbieden ongeacht de lokale situatie wordt nader omschreven in het Besluit jeugdgezondheidszorg, ofwel de bijbehorende concept-AMvB. Mijn fractie is van mening dat individuele zorgverlening op maat onderdeel moet zijn van het uniforme deel, dus ook verplicht, en niet ter nadere invulling van de gemeenten moet zijn, zoals de regering voorstelt. De voorbeelden op het gebied van de screening van het gehoor zijn al genoemd, maar ik wil ook gezichtsvermogen en groei erbij noemen: die kunnen het noodzakelijk maken dat een jeugdige frequenter moet worden gezien en in dat geval heet het toch echt individuele gezondheidszorg of zorgverlening. Juist omdat een

grotere frequentie nodig kan zijn, kan een eenvoudige wijziging van artikel 1e van het besluit volstaan, waarbij "individuen" wordt vervangen door "groepen". Dit ligt ook in het verlengde van wat mevrouw Van Vliet wenst. Graag hoor ik de toezegging van de regering dat zij daarnaar wil kijken. Mevrouw Van Vliet noemde ook heupdysplasie. Ik vind dat dit ook moet worden toegevoegd aan artikel 5, het uniforme deel van de preventieve activiteiten. Het is in ieder geval mijn ervaring dat op dit punt nogal wordt "gevangen". Het zou zonde zijn als die screeningsactiviteit hierin niet wordt opgenomen.

Hoewel de uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma en de hielprik gefinancierd blijven uit de AWBZ, lijkt het mijn fractie toch wenselijk om dit op te nemen als onlosmakelijk deel van het uniforme deel, juist om de koppeling tussen jeugdgezondheidszorg en het rijksvaccinatieprogramma duidelijk zichtbaar te maken. Ook op dit punt graag een toezegging.

Er blijft dan nog een vraag over. Op dit moment behoren voorlichting voor aanstaande ouders en zwangerschapsgymnastiek tot de taken van de thuiszorgorganisaties. Verdwijnen deze, of wordt er apart iets voor geregeld? De toegang tot de GBA wordt verder impliciet verondersteld en wordt niet opgenomen in de AMvB. Dit zou tot verkeerde interpretaties kunnen leiden. De toegang zou daarom expliciet moet worden genoemd in de AMvB als een verplichting.

In een eerder overleg heb ik de suggestie aan de hand gedaan – de staatssecretaris reageerde daar toen positief op – vanaf het begin, bij de geboorte, een zorgpas te introduceren. Daarmee wordt het gehele traject van 0 tot 19 jaar goed in kaart gebracht. Zo wordt voorkomen dat gegevens achterblijven bij GGD's of consultatiebureaus en blijven zij bij degene die de preventieve activiteiten ondergaat. Zo'n zorgpas is een soort "inentingsboekje", maar dan met een bredere betekenis. Wil de staatssecretaris daar nog eens over nadenken?

Naar aanleiding van een motie van de CDA-fractie heeft de minister toegezegd om de functie preventieconsulent op scholen nader uit te werken. Zij heeft dit toegezegd in haar brief van 27 november 2001. De GGD is inmiddels verzocht om een

Buijs

plan hiervoor te maken. Mijn idee was destijds dat de preventieconsulent voorlichting zou moeten geven aan de jeugd over zaken als alcohol, roken, seksueel overdraagbare aandoeningen en drugs. De CDA-fractie wil, vooruitlopend op de door de minister toegezegde nadere invulling, dat het takenpakket van de preventieconsulent een plaats krijgt in het uniforme deel – dit heeft onze voorkeur – of in het maatwerkdeel. Naast deze specifieke voorlichting door de preventieconsulent heeft de gemeente ook een taak om in algemene zin de bevolking adequaat te informeren over de preventieve activiteiten, zoals die zijn omschreven in de concept-AMvB. Het belang van consultatiebureaus en andere screeningsactiviteiten moet onder de aandacht van de bevolking gebracht. Ik wil van de bewindslieden dan ook een toezegging dat in de voorliggende AMvB die functie op wordt gedragen aan de gemeenten. Zij moeten duidelijk worden gewezen op de voorlichtende taak die zij moeten uitvoeren.

Ik kom bij de uitvoering van preventieve taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Tot op heden wordt de zorg voor 0- tot 4-jarigen uitgevoerd door de thuiszorgorganisaties via de consultatiebureaus. Gelet op de tot op heden opgebouwde expertise, vindt de CDA-fractie dat thuiszorgorganisaties expliciete vermelding verdienen als mogelijke uitvoeringsinstantie. Het amendement van mevrouw Arib met deze strekking heeft dan ook onze steun.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het is goed dat de heer Buijs de thuiszorg in die gelijkwaardige positie wil plaatsen. Wat vindt hij in dat verband van de door mijn fractie uitgesproken zorg over de knip tussen de leeftijd 0 tot 4 jaar en de leeftijd 4 tot 19 jaar? Kan dit niet in zijn geheel een taak zijn voor de consultatiebureaus? De keuze kan dan worden overgelaten aan de gemeenten. Die kunnen namelijk het beste beoordelen hoe die specifieke expertise in hun gemeente en regio ligt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb natuurlijk de discussie gehoord tussen mevrouw Van Vliet en mevrouw Hermann op dit punt. Ik sluit mij in grote lijnen aan bij de inbreng van mevrouw Hermann. Een

van de taken die nu wordt vervuld door de GGD, namelijk inzake de epidemiologische rol en de regierol, is zodanig specifiek dat je die niet helemaal kunt overhevelen naar thuiszorgorganisaties. Zij hebben daarvoor onvoldoende expertise. Er moet wel worden uitgegaan van een gelijke uitgangspositie bij de zorg voor 0- tot 4-jarigen. Ik heb daarvoor mijn voorkeur uitgesproken. Als echter voor alle andere activiteiten van de GGD, zoals het opsporen van legionella en het beoordelen van milieuumstandigheden, wordt uitgegaan van een gelijke uitgangspositie, wordt de opgebouwde deskundigheid bij de GGD geweld aangedaan. Als u het toespitst op de zorg voor 0- tot 4-jarigen en als u specifiek spreekt over de jeugdgezondheidszorg, voel ik mij wat meer thuis bij datgene wat mevrouw Hermann heeft gezegd. U blijft wat onduidelijk over alle taken.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Natuurlijk gaat het mij niet om zaken als legionella. Dat zou een aparte functie voor thuiszorgmedewerkers worden. Mij gaat het expliciet om de jeugdgezondheidszorg, meer in het bijzonder de zorg voor 4- tot 19-jarigen. Ik vind die knip uitermate vervelend. Dat is wellicht het enige verschil met het amendement-Arib/Hermann. Nogmaals vraag ik u of u mijn zorg deelt. Bent u met mij van oordeel dat wij moeten voorkomen dat die knip erin komt? In elk geval zou men wat dit betreft de keuze aan de gemeente moeten overlaten.

De heer **Buijs** (CDA): Ik durf wel een voorspelling aan. Wat de zorg van 0 tot 19 jaar betreft is er nu sprake van integratie op financieel terrein. Dat is een belangrijke stap. Daarnaast is er de ontwikkeling op het epidemiologische terrein. Deze ontwikkeling kan ertoe leiden dat er in de toekomst veel meer mogelijkheden ontstaan om deze integratie meer vorm te geven. Dat acht ik niet uitgesloten. Het kan, tegen de achtergrond van uw wens om die knip te vermijden, zelfs wenselijk zijn. Echter, daarop wil ik nu niet vooruitlopen, afgezien wellicht van enkele experimenten. Vooralsnog zie ik er meer in om de opgebouwde expertise die nu juist bij de thuiszorgorganisaties aanwezig is, te benutten. Bovendien is hier vaak sprake van een directe binding met het zorgcircuit, het curatieve gedeelte. Ik zou niet graag voor mijn

kiezen krijgen dat wij te veel expertise hebben weggegooid.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Ik kan de heer Buijs geruststellen waar het gaat om de vraag wat nu precies een thuiszorginstelling is. Ik heb heden nog het voorrecht gehad om te worden bijgeschoold door de staatssecretaris. Het gaat om een instelling voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. Wij hebben het in de wet nagekeken. Dit is een mooie formulering, conform de wet, voor wat wij in het spraakgebruik een "thuiszorginstelling" noemen. Daarnaast zou u in reactie op de opmerkingen van mevrouw Van Vliet kunnen vragen of men zich wel realiseert dat bij de jeugdgezondheidszorg vanaf 4 jaar het samenspel met de school zo belangrijk is. De gemeente met haar gemeentelijke schoolbeleid heeft wat dat betreft een gemakkelijker brug dan de thuiszorgorganisatie.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik dank mevrouw Hermann voor deze aanvulling. Wat het door haar gegeven voorbeeld betreft, ben ik het volledig met haar eens.

Een onderzoek van het RIVM heeft op 15 februari 2002 geleid tot een rapport waaruit naar voren komt dat er nogal wat consultatiebureaus zijn opgeheven. Ze zijn gewoon verdwenen, vooral in plattelandsgebieden. Er is sprake van een afname met 4% in de periode 1998-2000. Daar zijn nogal wat klachten over gekomen. Mijn fractie vindt de fysieke bereikbaarheid van deze bureaus zeer belangrijk voor het realiseren van goede zorg voor 0- tot 4-jarigen. Het is niet alleen een mooi gezicht om moeders met kinderwagens op weg naar een consultatiebureau te zien, ook is van belang dat een goede bereikbaarheid van deze bureaus een belangrijke bijdrage levert aan het vertrouwd raken met deze preventieactiviteiten. De fractie van het CDA is dan ook van mening dat op enigerlei wijze de gemeenten er in de AMvB op moeten worden gewezen dat zij moeten zorgdragen voor de goede bereikbaarheid van consultatiebureaus. Kan de staatssecretaris suggesties aandragen om die bereikbaarheid te garanderen?

De fractie van het CDA is van mening dat de verplichting tot het

Buijs

opstellen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid, al dan niet in een samenwerkingsverband van een aantal gemeenten, een stimulans is voor gemeenten om een actief beleid te voeren op het gebied van de collectieve preventie. Op welke wijze wil de regering bevorderen dat het in deze gemeentelijke nota's beschreven beleid als het ware landelijk kan worden geaggregeerd en aldus kan dienen als een impuls voor verdere ontwikkeling van landelijk beleid op het gebied van de openbare gezondheidszorg? Je zou kunnen denken aan benchmarking en aan extra stimulansen voor gemeenten om die nota's samen te stellen. Je kunt denken aan het uitloven van een prijs voor de gemeente met het beste initiatief voor de openbare gezondheidszorg. Kortom, ik zou het opstellen van gemeentelijke nota's een bepaald competitie-element willen geven. Graag hoor ik de mening van de regering daarover.

De inspectie krijgt opdracht om toe te zien op de naleving van de wet. Er wordt een handavingsplan opgesteld. Ik zou iets meer van de regering willen weten over hetgeen in het handavingsplan komt te staan. Wat betekent dat, ook voor de huidige bezetting van de inspectie? Zijn er extra kosten mee gemoeid? Wordt de inspectie uitgebreid? Ik zie niet zozeer een rol voor de inspectie bij de controle, maar vooral ook bij het coachen.

Er zijn financiën nodig om de in de wet omschreven taken te kunnen uitvoeren. Voor het uniforme deel komt er een pakket van 136 mln euro uit de AWBZ in het Gemeentefonds. De financiering van het maatwerkdeel komt uit de huidige middelen van het Gemeentefonds. Dat geldt dus voor de zorg voor 4- tot 19-jarigen. Dan is er ook nog 16 mln voor extra activiteiten van de consultatiebureaus.

Toch heb ik een vraag over de financiering. Er zijn nu al budgettaire tekorten. Ik denk aan de jeugd tandzorg, activiteiten van schoolartsen enz. Bovendien gaan met de uitvoering van deze wet activiteiten gepaard. Mijn fractie is van mening dat hoogstwaarschijnlijk, misschien zelfs wel vanzelfsprekend, het budgettaire kader niet toereikend is. De regering deelt deze mening blijkbaar, want zij stelt dat er nog een onderzoek loopt naar de uitvoeringskosten van de wet. In het voorjaar zal duidelijk worden welke bedragen

ermee zijn gemoeid. Bij de totstandbrenging van het regeerakkoord zal dit onderwerp van onderhandelingen moeten zijn, aldus de regering. Nu moeten wij niet alles voor ons uitschuiven. Ik zou op z'n minst inzicht willen krijgen in de uitvoeringskosten op de korte termijn. Waarom wordt niet al ten tijde van de voorjaarsnota een rekening gepresenteerd, met een invulling van de termijn waarbinnen de regering deze kosten denkt te kunnen opbrengen?

Er komt een evaluatie van de wet na drie jaar. Kan de regering mijn fractie nu al duidelijk maken wat er wordt geëvalueerd en hoe er zal worden geëvalueerd? Het lijkt mij nuttig om dat nu al op een bepaalde wijze vast te leggen.

Ik vat samen. De fractie van het CDA is van mening dat met de wet een goede bijdrage kan worden geleverd aan een preventiebeleid voor de bevolking. Afhankelijk van de beantwoording door de regering van onze vragen zal zij kunnen instemmen met het nu voorliggende wetsvoorstel.



Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ik sluit mij graag aan bij de woorden van collega Hermann over het belang van de openbare gezondheidszorg. Zij heeft een prachtig betoog gehouden over de geschiedenis. Wij behandelen nu een wetsvoorstel dat niet los staat van de historische ontwikkeling. Mooier dan mevrouw Hermann kan ik het niet zeggen, dus ik sluit mij er geheel bij aan.

In het regeerakkoord staat dat de verantwoordelijkheid van de landelijke overheid en de gemeenten duidelijk moet worden vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid. Het bevat ook de opdracht om een basispakket te formuleren dat alle jeugd gezondheidszorgactiviteiten omvat die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. Het pakket dient verankerd te worden in de Wet collectieve preventie gezondheidszorg. De belangrijkste wijzigingen van de WCPV betreffen de integrale jeugd gezondheidszorg van 0 tot 19 jaar en de verplichting voor gemeenten en Rijk om het gezondheidsbeleid elke vier jaar in een nota te expliciteren. Met deze

wijziging wordt ook uitvoering gegeven aan het regeerakkoord. Wij zijn blij dat dit voorstel nu in de Kamer wordt behandeld, zodat men ermee aan de slag kan.

Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Collectieve preventie beoogt gezondheidswinst voor zoveel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij opgevat als het verlengen van de gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van leven. Het bereiken van een betere gezondheid door het aanbieden van preventie werkt het beste langs korte lijnen. Zeker de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen dient lokaal te worden georganiseerd. De PvdA-fractie is dan ook van mening dat haast is geboden bij de afhandeling van deze wet.

Openbare gezondheidszorg heeft betrekking op collectieve voorzieningen ter voorkoming van ziekten en ter bevordering van de volksgezondheid. Deze voorzieningen worden niet op basis van een hulpvraag aangeboden. De legitimatie ervan is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en statistische analyses. De voorzieningen worden in de eerste plaats door gemeentelijke gezondheidsdiensten aangeboden, maar ook particuliere instellingen zoals kruisverenigingen en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg vervullen taken op dit terrein.

De openbare gezondheidszorg is helaas altijd een stiefkindje van de gezondheidszorg geweest. Voor een deel is dit aan het eigen succes te wijten. Dankzij de openbare gezondheidszorg zijn er nauwelijks besmettelijke ziektes; dankzij vaccinatieprogramma's kennen wij geen difterie, tetanus en polio meer. Dit wordt op een gegeven moment vanzelfsprekend gevonden.

Desalniettemin staan wij na 100 jaar openbare gezondheidszorg voor nieuwe uitdagingen. Er zijn successen geboekt, maar er is ook nieuwe reden tot zorg. Uit internationale rapporten blijkt dat Nederland op de ladder van de levensverwachting de afgelopen jaren voorbij is gestreefd door andere landen. Dat betekent dat er in andere landen meer gezondheidswinst is geboekt, bijvoorbeeld in de Scandinavische landen, waar minder gerookt wordt, of in landen als Spanje en Italië,

Arib

waar mensen gezonder en minder vet eten.

Uit het recent uitgebrachte rapport van de commissie-Albeda blijkt dat sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland verder toenemen. Mensen die behoren tot lagere sociaal-economische groepen leven gemiddeld drieënhalve jaar korter en brengen ongeveer twaalf jaar door in minder goede gezondheid dan personen uit hogere sociaal-economische groepen. Er dienen zich nog altijd nieuwe gezondheidsrisico's aan. Ook blijkt een aantal groepen erg kwetsbaar te zijn. Zo bleek onlangs uit CBS-gegevens dat de zuigelingensterfte onder niet-westerse allochtone kinderen 30% hoger ligt dan onder autochtone kinderen. Ook blijkt de moedersterfte in Nederland toe te nemen; ik heb daar al eens eerder vragen over gesteld. De rampen die Nederland de afgelopen tijd geteisterd hebben, legden ook de verantwoordelijkheden van de lokale overheid en de rijksoverheid bloot. Zowel de legionella-affaire als de Bijlmerramp en de vuurwerkramp in Enschede hebben veel vragen opgeworpen over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten. Tegelijkertijd hebben zij ook de aandacht voor gezondheidsbescherming en de zorg en opvang van slachtoffers een flinke impuls gegeven.

Wij zijn blij met de wetswijziging die aan de orde is. Toch heb ik een paar kritische kanttekeningen. De wetswijziging is naar onze mening verworpen tot een technische wijziging zonder duidelijke beleidsdoelen voor de toekomst. De gemeente krijgen de opdracht een vierjaarlijkse gezondheidsnota uit te brengen; alsof de nota een doel op zich is. Hoewel het primaat van de openbare gezondheidszorg in Nederland altijd bij de gemeenten heeft gelegen, mag de rol van de rijksoverheid bij het aanbrengen van kaders niet onderschat worden. De rapporten van de Inspectie voor de gezondheidszorg en de commissie-Lemstra signaleren dat gemeenten in het ongewisse verkeren over hun taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de collectieve preventie. De relatie tussen beleid en uitvoering is vaak niet helder en ook hapert het nogal eens bij de verhoudingen tussen het politieke bestuur en de professionele uitvoerders.

Het advies van de Raad van State bij de wijziging van de Wet collectieve preventie gezondheidszorg signaleert dat het belangrijkste doel van de wijziging, te weten het helder formuleren en goed vastleggen van de onderscheiden verantwoordelijkheden van de landelijke overheid en de gemeentebesturen, onvoldoende is geëffectueerd. In het huidige politieke klimaat wordt er veel belang aan gehecht dat de overheid duidelijk zegt waar zij voor staat en dat zij zichzelf als uitvloeisel daarvan heldere taken stelt waarop zij kan worden aangesproken.

De minister neemt deze belangrijke opmerkingen niet over en kondigt aan dat zij de nadere omschrijvingen bij de regelingen ter uitvoering van de wet zal betrekken. Dit biedt mijns inziens onvoldoende tegenwicht voor het ontbreken van duidelijke omschrijvingen van de taakgebiedenactiviteiten waar gemeenten op grond van deze wet voor verantwoordelijk zijn. Op dat punt heb ik dan ook een amendement ingediend.

Met het oog op sociaal-economische gezondheidsverschillen is het noodzakelijk over instrumenten te beschikken voor het monitoren van effecten van interventies – mijns inziens heeft collega Hermann daar het nodige over gezegd en dat steun ik van harte. De epidemiologische functie van de gemeentelijke gezondheidsdienst biedt, in combinatie met sociaal-economische en sociaal-geografische gegevens van de gemeente, hiertoe mogelijkheden. Landelijke vergelijkbaarheid vraagt dat de verzameling en analyse van gezondheidsgegevens als taak van gemeenten op uniforme wijze plaatsvindt. Ik meen het amendement van mevrouw Hermann om die reden ook medeondertkend te hebben.

Op het punt van de jeugdgezondheidszorg is met de bewindspersonen diverse malen van gedachten gewisseld over deze materie. De PvdA-fractie heeft eerder gepleit voor het onderbrengen van de 0- tot 4-jarigen bij de gemeenten, zodat er geen knip meer is tussen 0- tot 4-jarigen en 4- tot 19-jarigen. Wij zijn verheugd dat dit plaatsvindt. Bij de overdracht van de jeugdgezondheidszorg is het belangrijk de kwaliteit en de uniformiteit te bewaken, zodat niet elke gemeente zelf gaat invullen wat nodig is voor een kind of voor elk kind. Hiervoor is

landelijke bewaking, monitoring en onderzoek nodig. Ik verneem graag van de staatssecretaris of dit voldoende is gewaarborgd.

Ik heb gehoord dat op dit moment binnen de jeugdgezondheidszorg, met name wat betreft de 4- tot 19-jarigen, vaak een exitgesprek plaatsvindt met jeugdigen, waarin ook nagegaan wordt wat jongeren hebben beleefd of welke problemen zij hebben ondervonden, maar dat nu kennelijk dit aspect van de exitgesprekken buiten beschouwing wordt gelaten. Het lijkt mij juist in verband met het volgen van kinderen heel belangrijk om die exitgesprekken wel in de jeugdgezondheidszorg te houden. Ook hierop verkrijg ik graag een reactie van de staatssecretaris.

Dat de regie over de jeugdgezondheidszorg bij de gemeenten komt te liggen, is een goede zaak. Daar hebben wij als PvdA-fractie eerder voor gepleit. Eén van de taken van de consultatiebureaus is het verhogen van het bereik onder kinderen. Dat is nu echter niet optimaal. Consultatiebureaus zijn afhankelijk van eindadministratie en hebben geen aansluiting met de gemeentelijke basisadministratie. Ik weet niet of zij straks, als het onder de regie van de gemeente komt te vallen, wél die toegang hebben. Als dat zo is, lijkt mij dat prima; maar mocht het niet zo zijn, dan zou ik graag horen op welke manier het wel mogelijk wordt gemaakt dat die consultatiebureaus toegang hebben tot de gemeentelijke basisadministratie. Ik denk dat die toegang juist belangrijk is omdat heel veel kinderen verhuizen en het gevaar bestaat dat zij daardoor niet meer te traceren zijn.

Dan kom ik bij het basistakenpakket. Dit bestaat uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Bij het maatwerkdeel hebben de gemeenten meer beleidsvrijheid. Op zich is dit prima, maar bij het maatwerkdeel hoort ook voorlichting. Dat is een onderdeel waar de gemeenten zelf over gaan. Wij vinden als PvdA-fractie voorlichting een zeer essentieel instrument. Voorlichting, vooral als het gaat om jeugdgezondheidszorg en in het bijzonder ten aanzien van pasgeborenen, kan heel cruciaal zijn. Denk bijvoorbeeld aan de ligging van een kind bij het slapen, in verband met wiegendood, of aan het roken van volwassenen in het bijzijn van een pasgeboren kind;

Arib

dat kan tot ernstige situaties leiden. Het mag niet zo zijn dat bijvoorbeeld Groningen er wel voor kiest, binnen dat maatwerkdeel voorlichting te geven over wiegendood, en bijvoorbeeld Limburg niet. Wij vinden dat voorlichting over dit soort dingen uniform moet zijn.

Preventie houdt ook een lange-termijnvisie in. Ik wil mijn zorgen uiten over het feit dat er een epidemie is uitgebroken als het gaat om de meningokokbacterie, type C. In juli vorig jaar heb ik daar vragen over gesteld, en toen al gevraagd of de minister op zo'n epidemie kan anticiperen en tijdig tot een algemene vaccinatie over kan gaan. Ik begrijp nu dat de minister dat zou willen doen, maar dat dat nog niet is besloten. Wanneer wordt tot algemene vaccinatie overgegaan? Ik hoor namelijk dat de GGD'en eigenlijk wel klaar zijn om daarmee te beginnen. Waar ligt het aan dat dat nog niet is gebeurd? Over de eigen bijdrage is heel veel gezegd in de media. De PvdA-fractie is absoluut niet voor een eigen bijdrage bij vaccinatie. Wij zien dit namelijk als een noodzaak, als iets dat aan alle kinderen hoort te worden aangeboden. Op het moment dat een eigen bijdrage wordt gevraagd, zou dat een belemmering kunnen zijn voor een aantal ouders. Ook graag daarover helderheid.

De jeugdgezondheidszorg valt of staat met voldoende jeugdartsen. Uit verschillende hoeken bereiken mij berichten over het ontstaan van knelpunten in het aanbod van opgeleide sociaal-geneeskundigen in de komende jaren. Tot 2004 worden jaarlijks nog 25 nieuwe jeugdartsen, afkomstig van de oude opleiding, ingeschreven. De eerste artsen maatschappij en gezondheid zullen niet voor eind 2006 afstuderen. Op dat moment is er al een tekort van 50 à 75 jeugdartsen. Bovendien zal bij een voorlopige capaciteit van de opleiding maatschappij en gezondheidszorg het aantal zeker minder zijn dan het aantal jeugdartsen dat nu per jaar afstudeert. Na 2006 zal het tekort waarschijnlijk met 10 tot 15 per jaar toenemen. Er ontstaat dus een groot tekort aan artsen en deskundigheid op het terrein van de jeugdgezondheidszorg. Dit lijkt mij erg zorgwekkend. Concreet kan het betekenen dat vanaf 2006 vrijwel geen gemeente in Nederland in staat zal zijn, het basistakenpakket naar behoren uit te voeren. Graag hoor ik

van de minister, welke maatregelen zij gaat nemen om deze ontwikkeling tegen te houden. Ook wil ik graag weten wat de voortgang rond de overheveling van 0- tot 4-jarigen naar de gemeenten is. Is overeenstemming bereikt tussen gemeenten en LVT?

Met GroenLinks ben ik van mening dat de gemeenten over de regie van de gezondheidszorg gaan, maar dat het erg belangrijk is dat er een eenduidige uitvoering komt, waarbij ook het verloop voor kinderen uit kwetsbare groepen wordt aangepakt. Vandaar dat amendement, waarover iedereen het steeds heeft. De beweegredenen zijn voortreffelijk door collega Hermann verwoord.

Vooraf in grote steden, met name in de achterstandswijken, zijn aanvullende maatregelen nodig. Voorlichting over gezondheid in de eigen taal aan moeders en allochtone ouderen is cruciaal. De minister heeft in eerdere debatten dit punt erkend. Desalniettemin blijkt nu dat veel voorlichtsters, komend uit de eigen doelgroep, waarin veel is geïnvesteerd en die bijvoorbeeld in Amsterdam in dienst zijn van de GGD'en, er volgend jaar waarschijnlijk mee moeten ophouden, omdat daarvoor geen middelen zijn. Dat lijkt mij geen goede zaak. Ik vraag de minister hoe dit komt. Zeker in de toekomst, gelet op allerlei rapporten over de zorgwekkende gezondheids-toestand van allochtonen – ik noemde het voorbeeld van de zuigelingensterfte – is het van belang om daarin extra te investeren en structurele oplossingen te zoeken. In dit verband doe ik het voorstel, een achterstandsfonds, gericht op gezondheidszorg in achterstandswijken, tot stand te brengen. Ik weet dat er voor huisartsen in achterstandswijken bepaalde regelingen zijn. Het achterstandsfonds moet niet alleen onder VWS vallen, maar dient in samenwerking met de minister voor het grotesteden- en integratiebeleid en de betrokken gemeenten tot stand te komen. Uit dit fonds kunnen activiteiten zoals voorlichting in de eigen taal gefinancierd worden.

Tot slot vraag ik aandacht voor het belang van onderzoek en het ontwikkelen van preventieprogramma's. Preventie moet gebaseerd zijn op kennis en wetenschappelijk onderzoek. Het beleid terzake moet effectief zijn. Op dit moment doet ZON belangrijk

werk op dit terrein en dit dient gecontinueerd te worden. Ik krijg daar graag helderheid over. Het huidige programma geldt voor vijf jaar, maar over de voortzetting bestaat onduidelijkheid. Er dient sprake te zijn van een duidelijke visie op preventie. Het lijkt mij bepaald niet de bedoeling om elke vijf jaar een nieuw programma te starten. De continuïteit van het wetenschappelijk onderzoek moet dan ook gewaarborgd zijn.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: De bewindslieden zullen op een nader te bepalen tijdstip antwoorden.

Sluiting 22.35 uur



Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:

1. een koninklijke boodschap, ten geleide van het voorstel van wet Wijziging van de Uitkeringswet gewezen militairen (28269).

Deze koninklijke boodschap, met de erbij behorende stukken, is al gedrukt en rondgedeeld;

2. een brief van de Directeur van het Kabinet der Koningin, met de mededeling dat Hare Majesteit de haar door de Staten-Generaal toegezonden voorstellen van (rijks)wet, gedrukt onder de nummers 28138, 28139, 28000-F, 27751, 26356, 28025, 28145, 28124, 27551, 28201, 28202, 28142, 28143, 28144, 28000-VII, 28150, 26158 en 27812, heeft goedgekeurd.

De voorzitter stelt voor, deze brief voor kennisgeving aan te nemen;

3. de volgende brieven:
een, van de minister van Buitenlandse Zaken, ten geleide van de lijst van in voorbereiding zijnde verdragen, met als peildatum 31 januari 2002 (23530, nr. 52);
een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, over kinderopvang (21501-20, nr. 191);
vier, van de minister van Justitie, te weten:
een, ten geleide van het rapport inzake auteursrecht en naburige