

Adelmond

er achter. Als de behandeling van het wetsvoorstel ook in de Eerste Kamer snel doorgezet wordt en bijvoorbeeld 22 mei bekrachtigd wordt, dan kan de wet per 1 augustus 2002 in werking treden. Voor het primair onderwijs loopt een en ander per kalenderjaar en voor het voortgezet onderwijs per schooljaar. Gemeenten die graag willen zelfstandigen, hebben al voorbereidingen getroffen om de verzelfstandiging per 1 augustus te realiseren. Ik moet zeggen dat scholen de behandeling van dit wetsvoorstel nauwlettend in de gaten hebben gehouden, omdat zij graag wilden weten per wanneer zij afspraken terzake konden gaan maken. Doordat men op de aanneming van het wetsvoorstel heeft geanticipeerd, zal er uiteindelijk nauwelijks vertraging optreden door de novelle. Gemeenten die op 1 augustus 2002 nog niet aan verzelfstandiging toe zijn, hebben nog ruim vijf jaar om hier wel toe over te gaan. Het is niet bekend hoeveel scholen er precies zitten te wachten op de inwerkingtreding van de wetswijziging, maar gezien de brieven van de gemeenten zijn het er nogal wat. Daarom wil ik een en ander ook snel afhandelen.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt van 16.33 uur tot 17.00 uur geschorst.

Voorzitter: Terpstra

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

(Zie vergadering van 3 april 2002.)

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter. Ik dank de geachte afgevaardigden hartelijk voor hun inbreng in eerste termijn. Met veel plezier heb ik daarnaar geluisterd, want er zijn heel interessante inleidingen gehouden, bijvoorbeeld door mevrouw

Hermann, die wel heel ver terugging in de historie, en mevrouw Arib, die aan het begin van haar betoog een zeer analytische benadering had die mij zeer aansprak. Na de eerste termijn van de Kamer is ook duidelijk dat de regering en de Kamer het eens zijn over het belang van collectieve preventie. Bovendien zijn zij het erover eens dat hier nog veel te winnen valt, dat wij daar het nodige aan kunnen doen en dat het wetsvoorstel winst oplevert, zowel op het punt van gezondheid als van levensverwachting.

De staatssecretaris zal de vragen over jeugdgezondheidszorg en sport voor haar rekening nemen en de amendementen die daarop slaan. Ik begin mijn deel met het amendement op stuk nr. 7 van mevrouw Hermann. De regering neemt dat graag over.

De **voorzitter**: Het amendement-Hermans (stuk nr. 7) is overgenomen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik ben aangenaam verrast door de mededeling van de minister dat de regering mijn amendement op stuk nr. 7 overneemt.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter. Bij het amendement-Hermann op stuk nr. 9 komen wij bij het dilemma van iets in de wet zetten of het regelen in lagere regelgeving, in dat geval per AMvB. Het in de wet zetten is mooier en steviger. Bovendien is het argument altijd dat men meestal de wet raadpleegt als men iets wil opzoeken en dan niet altijd de AMvB's bij de hand heeft. Met andere woorden: er is altijd veel voor te zeggen om de dingen maar zo veel mogelijk in de wet op te nemen. Dit maakt een regeling echter inflexibel, bijvoorbeeld als je in de tekst of een opsomming iets wilt wijzigen. Wij hebben vanwege die flexibiliteit gekozen voor de weg van het AMvB. Zo is het bijvoorbeeld nu cruciaal om voor aandoeningen als soa en tbc, die in de tekst van het amendement van mevrouw Hermann worden genoemd, iets te regelen, maar misschien is het op de lange termijn wat willekeurig. De epidemiologie van infectieziekten is dynamisch. Dus wij houden nog steeds de voorkeur voor de weg van het AMvB, maar zien ook de voordelen die verbonden zijn aan het in de wet opnemen. Om die reden laat ik het

oordeel over dit amendement graag aan de Kamer over.

Voor het amendement op stuk nr. 10 geldt hetzelfde. Er worden een aantal taken in opgesomd die in de wet opgenomen moeten worden, sommige letterlijk geciteerd uit mijn eigen brieven. Ook wat dat betreft laat ik het oordeel graag aan de Kamer over.

Dan kom ik bij het amendement op stuk nr. 12 van mevrouw Arib. Ook daar geldt hetzelfde dilemma. Mevrouw Arib en de andere ondertekenaars hebben voorkeur voor opname in de wet. Wij kunnen daarmee leven. Dus ook wat dat betreft wacht ik het oordeel van de Kamer graag af.

Mevrouw Hermann heeft een gewijzigd amendement ingediend op stuk nr. 13 betreffende het in de wet opnemen van een verplichting tot uniforme gegevensverzameling. Ik vind dat een goede aanvulling van de wet. Ik heb daar geen bezwaar tegen en ik laat het oordeel hierover graag aan de Kamer over. Ik kies niet voor het overnemen van dit amendement, omdat het in zekere zin al gebeurt. De partijen die hierover gaan – VWS, RIVM, VNG en GGD Nederland – hebben afspraken gemaakt in het kader van het Nationaal Contract om op uniforme wijze gegevens te verzamelen. Maar het amendement kan geen kwaad.

Voorzitter. Mevrouw Hermann heeft gevraagd of VWS de beroepsopleiding voor o.a. de bij de GGD werkzame sociaal-geneeskundigen voor haar rekening neemt. De nieuwe opleiding voor sociaal-geneeskundigen, de opleiding maatschappij en gezondheid, wordt financieel door mij gesteund met een bedrag van ongeveer 0,7 mln euro op jaarbasis. Dat lijkt mij een bevestigend antwoord.

Mevrouw Hermann is ook ingegaan op de kwaliteit van de opleiding. Het niveau van de opleidingen van artsen en verpleegkundigen werkzaam in met name de jeugdgezondheidszorg heeft onze grote aandacht. Ook wij vinden voldoende opleidingsniveau een belangrijke voorwaarde voor een kwalitatief verantwoorde uitvoering van de zorg. In dat kader bereidt TNO-preventie en gezondheid in overleg met de beroepsverenigingen een scholing voor van ongeveer 2,5 jaar voor JGZ-artsen. De huidige applicatiecursus voor consultatiebureauartsen zal hierin

Borst-Eilers

opgaan. Ik ben bereid, de ontwikkeling van dit curriculum ook financieel mogelijk te maken. Voor de scholing van de verpleegkundigen overwegen wij een vergelijkbaar traject.

Mevrouw Hermann heeft gevraagd of ik bereid ben, de kwaliteitswet van toepassing te verklaren op alle WCPV-taken. Zoals men weet, is de kwaliteitswet recent geëvalueerd. Ook de effecten van de wet op het werk van de gemeentelijke gezondheidsdiensten is betrokken bij de evaluatie. Daaruit komt naar voren dat de invoering van deze wet heeft geleid tot een verbetering van het functioneren van deze gemeentelijke diensten. Het gaat nu slechts om twee diensten, te weten jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding, en daarom wordt in de evaluatie ook gesteld dat dit toch wel gemakkelijk leidt tot een wat fragmentarische aanpak binnen de GGD. De ene afdeling heeft bijvoorbeeld wel kwaliteitssystemen en de andere niet, omdat dit niet is voorgeschreven. De IGZ vindt dat wel een nadeel. Men voelt waarschijnlijk al aankomen waar dit toe leidt. Ik ben van harte bereid en ook van plan om de kwaliteitswet van toepassing te verklaren op alle WCPV-taken.

Mevrouw Hermann heeft gevraagd om bij de begroting voor 2003 een eerste stap te zetten gericht op uitbreiding van het beslag voor preventie van 2% naar 4% van het zorgbudget. Dit raakt het onderwerp over het graf heen regeren, want de begroting 2003 stellen wij beleidsarm vast. Daarin worden geen intensiveringen gepleegd, want dat laten wij over aan de opvolgers. In de verkiezingsprogramma's is hier en daar wel dezelfde gedachte opgenomen, namelijk om een vast percentage van het macrobudget zorg te reserveren voor preventie. Persoonlijk ben ik daar een groot voorstander van, maar voor 2003 ga ik er niet meer over. Ik zal deze gedachte wel achterlaten in mijn overdrachtsdossier, omdat ik van mening ben dat zowel de geestelijke gezondheidszorg als de preventie extra aandacht verdient. Zij zijn nu echt aan de beurt in de volgende regeerperiode. Ik vind een vast percentage voor preventie heel goed, want daarmee wordt voorkomen dat in de prioriteitenstrijd van alledag, waarin de neiging groot is om het geld eerst te sturen naar de problemen van nu, omdat je die

morgen opgelost wilt hebben, de preventie er bekaaid vanaf komt.

Mevrouw Van Vliet heeft gevraagd of voor de eerste gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid de termijn van 1 juli 2003 haalbaar is. Ik zeg daarop "ja". Al in 1996 is hiervoor door de commissie-Lemstra gepleit. Sindsdien is er het nodige gebeurd. Gemeenteambtenaren hebben cursussen gevolgd bij de School of public health, waarin zij leerden wat zo'n nota moet behelzen. Hier hebben zich ook wethouders in verdiept.

In het nationaal contract tussen Rijk en gemeenten is afgesproken dat op 1 juli 2003 75% van de gemeenten zo'n nota geformuleerd moeten hebben. Er is een project gestart door VNG en GGD Nederland om gemeenten daarbij te ondersteunen. Dan gaat het niet alleen om het volschrijven van papier, maar om hoe je omgaat met dat proces en wat dit politiek betekent.

In het begin van dit jaar was ongeveer 50% van de gemeenten bezig met het opstellen van zo'n nota en een kleine 10% had er een vastgesteld. Daarom heb ik in het overleg met de stuurgroep nationaal contract gezegd dat wij even moeten bekijken hoe die achterblijvende gemeenten ondersteund kunnen worden, anders kan die datum gevaar lopen. Van alle kanten wordt er alles aan gedaan. In het licht daarvan zeg ik dat het toch wel mogelijk is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik was gelukkig met de zin van de minister over de achterblijvende gemeenten, want ik had gevraagd hoe wij daar sturing aan kunnen geven. Mijn voorstel was om nog eens een brief te sturen. Ik maakte me zorgen over wat er gebeurt en of er wat aan wordt gedaan.

Minister **Borst-Eilers**: VNG en GGD Nederland hebben een projectgroep om gemeenten te ondersteunen. Begin dit jaar is er een meting gedaan. Het is geen kwestie van een brief schrijven, maar zij moeten die gemeenten de helpende hand reiken en kijken waarom zij er nog niet mee bezig zijn. Ik ben best bereid brieven te schrijven, maar ik denk dat deze methode nog iets effectiever is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het is goed om dat te horen, want dat wist ik niet. Er blijft nog een vraag liggen

die ik daarbinnen stelde. Het viel mij op dat een heleboel gemeenten er heel hard mee bezig zijn, maar zich beperken tot infectieziekten in plaats van het bredere verhaal. Hoe gaan wij daarmee om? Misschien is dat een vraag voor de staatssecretaris.

Minister **Borst-Eilers**: Dat bredere ligt natuurlijk op mijn terrein. Ik ken een mooi voorbeeld van een gemeente die de gezondheidstoestand van de bevolking heeft gemeten, omdat men zich afvroeg of een bepaalde ziekte meer voorkwam bij de bevolking. In de GGD-regio Parkstad Limburg waren meer longziekten en meer hart- en vaatziekten. Dat heeft men niet alleen in een nota geschreven, maar er ook werk van gemaakt om actief preventieprogramma's aan te bieden, om te zorgen dat deze mensen, ondanks de hart- en vaatziekten en de longziekten minder risico liepen. Het gaat dan om fitnesstrainingen, helpen met stoppen met roken, verstandig eten en dat soort dingen. Dat heeft niets te maken met jeugd, maar wel alles met preventie. Dat is de manier waarop zo'n nota moet worden geschreven. Je moet analyseren hoe de situatie van de bevolking is.

Mevrouw Arib sprak over achterstandsgroepen. Die moet je kennen in de gemeente en je moet er iets van kunnen beschrijven. In Den Haag is een grote groep mensen van hindoestaanse afkomst, waardoor het percentage diabetespatiënten heel hoog is. Voor hen kun je een heel mooi programma opzetten. Dat soort dingen horen erin. De eerste nota's zullen heus nog niet allemaal een 10 krijgen, maar je moet het wel breed aanpakken. Het is meer dan infectieziekten en jeugdgezondheidszorg.

Mevrouw Van Vliet was bezorgd dat sommige gemeenten een wat passieve houding aannemen bij het opdoen van kennis en het starten met de nota, waarover ik net wat heb gezegd. Ik kan zeggen dat er veel belangstelling is voor de cursus bij de Nederlandse school of public health voor gemeenteambtenaren. Deze was in de eerste twee jaar volledig overtekend. Ik ben iets optimistischer. Er zijn altijd sterke en zwakke broeders, maar je moet zorgen dat de zwakke ook meekomen.

Mevrouw Van Vliet vroeg wanneer de uitkomsten bekend zijn van de

Borst-Eilers

berekening van de kosten van de WCPV-taken. Deze uitkomsten zijn op korte termijn beschikbaar en worden op 10 april a.s. besproken in de stuurgroep nationaal contract OGZ, dus dan kunnen wij er meer over meedelen.

Mevrouw Van Vliet merkte op dat zij het eens is met de opvatting van de VNG dat er geld nodig is om in te spelen op ontwikkelingen zoals de uitvoering van het rapport van de commissie-Albeda over gezondheidsverschillen en bij infectieziekten. Ik ben het daarmee eens, maar wijs er wel op dat minister Van Boxtel in het kader van de gezondheidsverschillen al een aantal projecten gestart heeft waarin de bevindingen van de commissie-Albeda ook zijn meegenomen. Mevrouw Van Vliet heeft gezegd dat er extra geld nodig is voor deze programma's. Ik moet het helaas wederom zeggen: dat moet meegenomen worden in het nieuwe regeerakkoord. Wij hebben er al aan gedaan wat wij binnen onze middelen konden doen.

De heer Udo heeft een groot aantal vragen gesteld. Ik was niet zo gelukkig met zijn eerste opmerking over de traagheid rondom de openbare gezondheidszorg. Hij zegt dat het allemaal veel sneller had gekund en dat er hard moet worden getrokken aan preventie. Ik ben dat laatste natuurlijk met de heer Udo eens. Ik wijs er overigens wel op dat het tabaksontmoedigingsbeleid in mijn visie een van de belangrijkste preventieonderwerpen is. En op dat vlak heb ik nu niet bepaald warme steun van de VVD-fractie gekregen!

Even los daarvan, ik vind dat er sprake is geweest van een heel intensief traject. Het begint bij de evaluatie van de wet in 1993. Ik heb de IGZ vervolgens een rapport laten maken naar aanleiding van die evaluatie. Daarin signaleert de IGZ dat de relatie tussen gemeenten en GGD's niet goed is en dat er sprake is van een zorgwekkende situatie. Daarna is de commissie-Lemstra ingesteld, die in 1996 aanbevelingen heeft uitgebracht. De School of Public Health is in dat jaar gestart met cursussen voor de ambtenaren en de wethouders. In 1997 en 1998 is er iets gebeurd wat ik heel goed vind, maar wat in de ogen van de heer Udo wellicht een deel van de vertraging heeft veroorzaakt: de VNG heeft toen met steun van mijn ministerie 34 regionale bijeenkomsten over het gemeentelijke

gezondheidsbeleid georganiseerd. Dat heeft echt bijgedragen aan het creëren van bewustwording en een draagvlak bij al die gemeenten. Je kunt natuurlijk wel kop over bol naar wetgeving toe hollen en naar verplichtingen, maar wij hebben hier een route gekozen waarbij het goed tussen de oren van al die gemeenten kon inzinken. In diezelfde tijd is het platform geïnstalleerd. De inspectie heeft een handhavingsplan opgesteld. De stuurgroep Basistaken collectieve preventie heeft geadviseerd over aanscherping van de WCPV-taken. Dat is ook terug te vinden in het wetsvoorstel. In 1999 heeft de RVZ zijn advies uitgebracht over de samenwerking tussen openbare gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg. In 2000 verschijnt vervolgens het visiedocument "Spelen op de winst" van het platform-Lemstra. Toen heb ik ook het plan van aanpak gestuurd. En zo kan ik nog wel een poosje doorgaan! Ik wijs er nog op dat in het jaar 2000 50 mln gulden beschikbaar is gesteld voor het stimuleringsfonds, zodat allerlei gemeenten ook projecten op dit terrein konden starten, en dat in 2001 het Nationaal contract werd opgesteld.

Naar mijn mening getuigt dit allemaal niet van traagheid, maar wij hebben wel de methode gevolgd van het creëren van draagvlak in het veld, waardoor vervolgens waarschijnlijk sneller effecten kunnen worden bereikt.

De heer Udo heeft gevraagd naar mijn visie op de relatie tussen de gemeenten en de overige zorgaanbieders. In artikel 2 van de wet is nadrukkelijk aan de gemeenten opgedragen om te zorgen voor afstemming tussen openbare en curatieve gezondheidszorg. Ik wijs ook op het RVZ-advies, waarin uitgebreid wordt beschreven hoe dat kan worden bereikt. In artikel 2 van de wet wordt dus een belangrijke regierol neergelegd voor de gemeenten. De gemeenten hebben dat in hun recente manifest zelf ook nog eens duidelijk onder woorden gebracht. Een belangrijke basis hiervoor is een goed inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en de stand van zaken op het terrein van de gezondheidszorg. Dit alles geeft de gemeenten voldoende argumenten om zelf ook met de GGD's, de andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars om de tafel te

gaan zitten. Dat is naar mijn mening de ideale constellatie om met elkaar tot stappen te komen die ook wezenlijk iets zullen betekenen voor de bevolking van die gemeenten.

De heer Udo heeft gevraagd naar de betrokkenheid van de burgers bij dit gezondheidsbeleid. Dat zal van gemeente tot gemeente verschillen. De nota Gezondheidsbeleid is natuurlijk een belangrijk instrument om burgers bij het gemeentelijke gezondheidsbeleid te betrekken. Zo'n nota wordt eerst in de openbare commissievergadering en vervolgens in de gemeenteraad behandeld. Een beetje actieve en geïnteresseerde burger kan gebruikmaken van zijn recht op inspraak en kan zich op die manier betrokken weten bij de uitvoering.

De heer Udo heeft ook gevraagd op welke wijze de bereikbaarheid van de preventieve voorzieningen is geregeld. Een van de taken van de GGD is de 24-uursbereikbaarheid voor o.a. medische professionals, politie en andere hulpverleners binnen en buiten de regio. Degene die iets constateert bijvoorbeeld in situaties als recentelijk de miltvuurdreigingen, moet direct contact kunnen opnemen met de GGD-infectieziektenarts. Wij hebben onderzocht of de GGD's echt telefonisch bereikbaar waren buiten kantooruren. Hieruit bleek dat maar liefst eenderde niet goed bereikbaar was. De IGZ heeft daarover het nodige gezegd en de GGD's opgeroepen om hieraan iets te doen. Er is opnieuw gemeten en de laatste meting heeft gelukkig uitgewezen dat zij nu allemaal 7 x 24 uur bereikbaar zijn.

De heer Udo heeft gevraagd naar de beschikbare financiële ruimte in het Gemeentefonds. Hij verwees naar de brief van GGD Nederland en VNG. Voor het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg is 64,7 mln euro nodig. De Raad voor financiële verhoudingen heeft vastgesteld dat dit bedrag in het Gemeentefonds beschikbaar is. Een extern bureau is nu bezig berekeningen te maken over de overige taken van de WCPV. Ik zal geen uitkomst noemen, maar die is in ieder geval aanzienlijk minder dan het bedrag van 64,7 mln euro. Daarin worden ook de kosten van de uitvoering betrokken. Die uitkomsten komen natuurlijk binnenkort wel beschikbaar en ik zal die ook aan de Kamer voorleggen.

Borst-Eilers

De stuurgroep Nationaal contract vergadert hierover op 10 april en daarna moet natuurlijk in dit bedrag worden voorzien. Ik heb al enigszins een indruk van dit bedrag en gezien de omvang ervan denk ik dat dit het kleinste van alle problemen zal zijn bij het opstellen van een nieuw regeerakkoord.

De heer Udo heeft mij gevraagd te reageren op nieuwe technieken die er zouden zijn om transfusiebloed veiliger te maken, namelijk door virussen en parasieten te inactiveren. Hiervoor zou een nieuwe handige test beschikbaar zijn. Dit is natuurlijk ook een vorm van collectieve preventie, maar het is bekend dat de hele bloedtransfusie inclusief de preventieve aspecten is ondergebracht in de Stichting Sanquin die de nationale organisatie van bloedvoorziening in Nederland is. De stichting houdt nieuwe ontwikkelingen goed in de gaten en zodra er iets nieuws is wat zij bruikbaar acht en kosteneffectief, vraagt zij mij om dat te mogen effectueren. Ik wacht dit maar even af.

De vraag is gesteld of de algemene maatregelen van bestuur wel worden opgesteld in samenspraak met de betrokken organisaties. Het antwoord op die vraag is ja. Met name VNG, GGD Nederland en de LVT zullen worden geconsulteerd. Wij hebben van die partijen ook al reacties ontvangen op de teksten die wij hebben gepresenteerd. Die reacties zullen worden betrokken bij de verdere uitwerking van die teksten.

Er zijn vragen gesteld over de meningokokken C-vaccinatie. Allereerst wil ik benadrukken dat er op dit moment geen sprake is van een epidemie van meningokokken C in Nederland. Meningokokken C maakte altijd maar een klein deel uit van alle meningokokkeninfecties in Nederland, maar het aandeel groeit en is zelfs opgelopen tot bijna de helft van bijna alle meningokokkeninfecties. Type C is het enige type waartegen kan worden gevaccineerd. Daarom heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om over te gaan tot opname in het rijksvaccinatieprogramma. Er zijn verschillende momenten waarop dit kan gebeuren. Je moet voorkomen dat kinderen drie of vier prikken tegelijkertijd krijgen. Het kan wel, maar de kans is groot dat de ouders dan niet meer komen opdagen met hun kinderen. Daarvoor moet dus een goede

methode worden gevonden. De Gezondheidsraad heeft verder geadviseerd een inhaalcampagne te organiseren voor alle jongeren tot en met 18 jaar. Wij hadden aanvankelijk dus het idee dat de inhaalcampagne uitgesteld kon worden tot 2003, maar gelet op het toenemende aantal ziektegevallen en de ongerustheid onder de bevolking, meen ik dat er aanleiding is om die campagne te bespoedigen. GGD Nederland heeft op mijn verzoek een plan van aanpak ingediend voor de inhaalcampagne. Dat plan ziet er goed uit. Morgen zal er met de VNG daarover een afrondende bespreking plaatsvinden. Het is de bedoeling om voor de zomervakantie, uiterlijk in juni, het grootste deel van die inhaalcampagne te realiseren. Helaas kunnen fabrikanten die miljoenen doses niet voor de zomer leveren. Om die reden zullen voor de zomer de twee grootste risicogroepen gevaccineerd worden, namelijk de kinderen van een tot en met vijf jaar en de kinderen van vijftien tot en met achttien jaar. Direct na de zomervakantie zal de rest van de kinderen gevaccineerd worden. De opname in het rijksvaccinatieprogramma voor kinderen van 14 maanden zal ook na de zomer van start gaan. Kinderen die reeds 14 maanden of ouder zijn, worden voor de zomervakantie gevaccineerd in het kader van de inhaalcampagne. Ik hoop morgen of maandag alle details van de plannen naar buiten te kunnen brengen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In sommige gebieden is wel degelijk sprake van epidemieën. Er komt bijna geen krant uit of er staat een bericht in dat een kind aan de gevolgen van meningokokkeninfectie overleden is. De minister heeft aangegeven dat er voor vaccinatie en uitvoeringskosten een eigen bijdrage zal worden gevraagd, maar mijn fractie is het daarmee absoluut niet eens.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb goed naar uw betoog in eerste termijn geluisterd en begrepen dat u het daarmee niet eens bent. In de begroting voor 2003 is rekening gehouden met de inhaalcampagne. Met het naar voren halen daarvan ontstaat een financieel gat. In het kabinet is gesteld dat dit gat kan worden opgevuld met een bescheiden eigen bijdrage, omdat het duidelijk is dat ouders voor die

vaccinatie veel over hebben. Ik kan mij voorstellen dat mensen met lagere inkomens voor die eigen bijdrage een beroep kunnen doen op de bijzondere bijstand. Het laatste woord is hierover niet gesproken en ik verzoek u daarom, de afrondende gesprekken met de VNG hierover af te wachten. Ik heb goed naar u geluisterd en begrepen dat niet alleen uw fractie maar ook andere fracties eigenlijk van mening zijn dat er geen eigen bijdrage mag worden verlangd omdat daarvan een ontmoedigende werking uit kan gaan. Wij willen natuurlijk allemaal een maximale opkomst. Ik neem de gedachten van de Kamer op dit punt mee naar de bespreking van morgen.

De heer **Udo** (VVD): De minister stelt dat het niet om een epidemie gaat, maar wij lezen wel dagelijks in de krant dat er onrust heerst en dat er steeds meer haarden bijkomen. Wij moeten echter geen ongerustheid zaaien als dat niet nodig is. Ik hoor daarom graag meer van de minister.

Minister **Borst-Eilers**: Meningokokkeninfecties zijn in Nederland endemisch. Steeds weer steken hier en daar infecties de kop op. Het gaat al jaren zo en helaas sterven jaarlijks tientallen kinderen en pubers daaraan. Er is een vaccin tegen meningitis C beschikbaar en er moet daarom zo snel mogelijk tot vaccinatie worden overgegaan. Ik begrijp dat de bevolking zich afvraagt waarom dat zo lang duurt, maar het is natuurlijk een gigantische organisatie. GGD Nederland heeft in korte tijd een goed plan gemaakt. In het Verenigd Koninkrijk en in Ierland, waar men ook een inhaalcampagne voor de jeugd voerde, heeft het twee jaar heeft geduurd voordat men klaar was. De ongerustheid onder de bevolking wordt niet minder wanneer er slechts in een deel van Nederland wordt gevaccineerd. De mensen die nog niet zijn gevaccineerd, worden dan helemaal ongerust. Er is absoluut geen sprake van een echte epidemie, want dan was het signaal "allemaal vaccineren" allang gegeven. De situatie dat er twee of drie gevallen van de C-variant in één gemeente voorkomen, is steeds vaker aan de orde. Daarom heb ik gezegd dat de inhaalcampagne toch moet plaatsvinden. Wij proberen om beide grote risicogroepen voor de zomer te vaccineren. Na de zomervakantie

Borst-Eilers

komen vaccins beschikbaar voor de tussengroep, waar het heel weinig voorkomt.

Als er zich ergens, zoals laatst in Zoetermeer, twee of drie gevallen voordoen die waarschijnlijk in relatie met elkaar staan, kunnen twee dingen worden gedaan. In bepaalde gevallen zijn de contacten tussen de desbetreffende mensen duidelijk en dan krijgen zij allen antibiotica voorgeschreven, zodat de ziekte zich niet verder verspreidt. In andere gevallen is het beter om bijvoorbeeld de gehele school en alle andere contacten te vaccineren. Dat wordt van geval tot geval afgewogen door de GGD. Daarvoor zijn handboeken en draaiboeken beschikbaar. Het blijft een tragedie dat kinderen hieraan overlijden. Ook als iedereen tegen de C-variant is gevaccineerd, zullen zich nog steeds sterfgevallen voordoen, omdat tegen het andere type helaas nog geen enkel kruid is gewassen. Ouders moeten dus goed op de verschijnselen letten, want bij tijdig ziekenhuisbezoek is behandeling mogelijk.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Eén ding is mij niet duidelijk. Ook binnen de D66-fractie waren wij redelijk onaangenaam verrast, omdat wij in de veronderstelling verkeerden dat deze vaccinaties onderdeel werden van het rijksvaccinatieprogramma en derhalve onder de AWBZ-verzekering zouden vallen. Is dat nu wel of niet het geval? Ik zou daar in ieder geval voor willen pleiten.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben blij dat mevrouw Van Vliet hiernaar vraagt, zodat ik opheldering kan verschaffen. Wij onderscheiden twee dingen. Ten eerste is er natuurlijk geen sprake van dat bij het rijksvaccinatieprogramma een bijdrage wordt gevraagd; dat is gewoon gratis. Ten tweede bieden wij alle kinderen tussen 14 maanden en 18 jaar aan om zich veiligheidshalve alsnog te laten vaccineren in het kader van een inhaalcampagne. Dat zal uit de begroting worden gefinancierd. Zoals ik net zei, is het laatste woord over een eigen bijdrage nog niet gesproken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De minister zegt: wij bieden het aan. Het is evenwel geen luxe, maar een noodzaak. Wanneer krijgt de Kamer uitsluitel over de gesprekken die de

minister morgen heeft met de VNG en de GGD?

Minister **Borst-Eilers**: Ik zet meteen na afloop van die gesprekken een en ander op papier en ik zeg toe dat de Kamer maandag hierover wordt geïnformeerd.

De heer **Buijs** (CDA): Mijn fractie kan helemaal meegaan met hetgeen de minister zojuist duidelijk maakte. De minister weet dat er nog wat vragen overblijven, ook van de Kamer. Misschien kan zij die vragen beantwoorden in de brief die zij de Kamer stuurt over de gesprekken met de GGD.

Ik constateer dat er een angstgevoel door ons land waart. Ik vraag de minister om na afronding van de gesprekken met de GGD een goede landelijke informatiecampagne te overwegen. Zo kan duidelijk worden wat er precies aan de hand is. Ik hoor allerlei vreemde verhalen over ziekenhuizen die zelfstandig actie ondernemen en over instellingen die het personeel vaccinaties aanbieden. Op die manier loopt alles door elkaar heen.

Minister **Borst-Eilers**: Wij bereiden een dergelijke voorlichtingscampagne voor. Ik wil zo'n actie echter pas voeren, als ik alle vragen kan beantwoorden.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wellicht ten overvloede, maar ik behoor tot de beroepsgroep die vroeger bekend stond als "sociaal geneeskundigen" en die tegenwoordig "artsen voor maatschappij en gezondheid" heet.

Meningokokkeninfecties zijn endemische besmettingen. Deze kennen wij heel al heel lang, maar er is nu een verschuiving in het patroon. Het is echter van belang om bij alle besmettelijke ziekten te blijven wijzen op de algemene hygiënische leefregels; de minister sprak net al over vroeg signaleren. Mogen wij ervan uitgaan dat zij dit ook meeneemt in de voorlichtingscampagne?

Minister **Borst-Eilers**: Wij zullen dat meenemen. Verder zullen wij erop wijzen dat, als er ergens enkele gevallen zijn, men ophopingen van mensen dicht op elkaar moet vermijden. Dat blijft voor type B ook de enige mogelijkheid om er iets aan te doen.

Ik kom bij de vragen op mijn terrein van de heer Buijs. Hij vroeg op welke wijze de regering wil bevorderen dat het in de gemeentelijke nota's beschreven beleid, kan worden geaggregeerd en aldus kan dienen als impuls voor een verdere ontwikkeling van landelijk beleid. Verder wees hij op het mogelijke nut van benchmarken en het uitloven van een prijs voor het beste initiatief op het gebied van de openbare gezondheidszorg.

De gemeentelijk nota's vormen een belangrijke input voor de landelijke nota die van de hand van de minister voor het einde van dit jaar zal verschijnen. Dat is ook vastgelegd in het nationaal contract. Verder wordt de informatie uit die gemeentelijke nota's zo toegankelijk mogelijk gemaakt, voor zowel het Rijk als voor collega-gemeenten. Daartoe heeft de VNG een initiatief genomen om te komen tot een "beleidsmonitor". Deze wordt financieel ondersteund door de stuurgroep. Daarnaast zullen bij de voorbereiding van de landelijke nota, die een beleidskader zal vormen voor de gemeenten – het is een beetje een "rollend" proces – de gemeenten nadrukkelijk worden betrokken.

Het idee om te benchmarken, vind ik heel goed. Daarvoor moeten er natuurlijk wel criteria worden ontwikkeld. Als wij de beschikking hebben over de eerste serie gemeentelijk nota's, zouden wij kunnen bekijken wat voor benchmarkcriteria kunnen worden geformuleerd. Het moet natuurlijk wel concreet worden.

Het idee voor het instellen van een prijs is al opgekomen bij de stuurgroep en niet alleen dat. De stuurgroep heeft besloten om samen met het Stimuleringsfonds openbare gezondheidszorg – ik wijs op de 50 mln gulden – tot zo'n prijs te komen. Een maand geleden is deze voor het eerst uitgereikt. De heer Buijs heeft dus een zeer goed idee; het is zelfs al gerealiseerd voordat hij het had uitgesproken.

De IGZ ziet toe op naleving van deze wet. De heer Buijs heeft in dat licht gevraagd om inzicht in het handhavingsplan. Hij vroeg zich verder af wat het betekent voor de bezetting van de IGZ. Ook in de huidige structuur is de IGZ al betrokken bij de naleving. Op zich verandert de wijziging van de wet daar niet aan. Ik heb net al gewezen op de taken in het kader van de

Borst-Eilers

Kwaliteitswet zorginstellingen: jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding. De IGZ houdt daarop toezicht. Verder heb ik in het overleg met de Kamer over het standpunt van de regering ten aanzien van het rapport-Abon, over de IGZ, aangegeven dat ik de huidige capaciteit van de IGZ in het algemeen te beperkt vind. Dat geldt dus ook voor het toezicht in verband met de WCPV-taak.

Samen met de IGZ hebben wij een groeiplan gemaakt. Dit jaar komen er formatieplaatsen bij. Ik hoop vurig dat het volgende kabinet en de volgende minister hiermee doorgaan. Er valt nog wel iets te doen in het kader van de modernisering, decentralisering en deregulering van de zorg. Er moet een uitwisseling plaatsvinden tussen de capaciteit voor beleid en inspectie. De inspectie moet de komende jaren met tientallen werknemers per jaar worden uitgebreid; anders kunnen alle taken die wij de inspectie toedichten, niet worden uitgevoerd.

De heer Buijs heeft een vraag gesteld over de evaluatie. Er is niet voorzien in een evaluatie van deze wet na drie jaar. De heer Buijs stelde dat dit zo was. Staatssecretaris Vliegthart zal hierover straks nog iets zeggen.

Mevrouw Arib stelde nog vragen over de voorlichting aan allochtonen in hun eigen taal. De financiering daarvan zou onder druk staan, zozeer zelfs dat in Amsterdam het geld ervoor helemaal dreigt te verdwijnen. Dat zou natuurlijk een heel slechte zaak zijn. Mevrouw Arib stelde voor in het kader van het protestenbeleid een achterstandsfonds in het leven te roepen. Ik zou op dat punt al iets hebben toegezegd in het kader van de interculturalisatie van de zorg. Naar aanleiding van het plan van aanpak voor die interculturalisatie zijn Kamervragen gesteld over de financiering van de voorlichting in de eigen taal en over de allochtone zorgconsulenten. Het Instituut beleid en management gezondheidszorg van de Erasmus-universiteit heb ik gevraagd te adviseren over de nadere financiering van de zorgconsulenten. Dit advies is gebaseerd op het resultaat van een onderzoek waarin enkele alternatieven voor de financiële en de organisatorische inbedding in kaart zijn gebracht. Het advies spitst zich toe op allochtone zorgconsulenten en sluit aan op de

aanbeveling van de Raad voor de volksgezondheid en zorg. Ik verwacht het advies uiterlijk mei a.s.. Op basis daarvan zal ik bezien hoe zorgconsulenten het best structureel kunnen worden gefinancierd en georganiseerd. Ik zal de Kamer daarover informeren. Ook ik vind voortzetting hiervan belangrijk, want de effecten ervan zijn zeer positief. Het voorstel voor het instellen van een achterstandsfonds zal ik hier graag bij betrekken. Dit zou wel eens een goed model kunnen zijn.

Mevrouw Arib vroeg nog of het preventieprogramma van ZON-MW wordt gecontinueerd. Dat is inderdaad zo. De voorbereidingen voor de volgende opdracht aan ZON-MW zijn gestart. Dat is nodig, want ZON-MW moet steeds weer een nieuwe opdracht krijgen. Binnen het preventieprogramma blijft hiervoor geld beschikbaar. In overleg met partijen buigen wij ons thans over de vraag wat de volgende onderzoeksprojecten kunnen zijn.

□

Staatssecretaris **Vliegthart**: Voorzitter. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) was de afgelopen jaren volop in beweging. Het is nu bijna tien jaar geleden dat de Kamer in de motie-Vriens/Van Otterloo uitsprak dat er een integrale JGZ moest komen. Na veel gesteggel hierover is in het regeerakkoord van dit kabinet vastgelegd dat een basistakenpakket in de JGZ wettelijk moest worden verankerd en dat er een integrale JGZ zou moeten komen. Hiermee zijn wij aan de slag gegaan. Gebleken is dat het een ingrijpende operatie is, die zorgvuldig moet worden uitgewerkt om daarna goed te kunnen functioneren. Dit alles vergt een breed draagvlak in het veld, iets wat er in de voorafgaande periode niet was. Alle partijen – ik noem de thuiszorg, de LVT, de VNG en GGD-Nederland – moeten zo'n veranderingsoperatie uiteindelijk dragen. Ook beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties spelen daarin een heel belangrijke rol. De JGZ zal uiteindelijk op de werkvloer gestalte moeten krijgen. Onder het stimulerende voorzitterschap van mevrouw Van der Giessen heeft de Sectie Jeugdgezondheidszorg heel belangrijk werk verricht bij het tot stand brengen van het draagvlak. Hierbij betuig ik haar nogmaals dank voor alle activiteiten die zij heeft

verricht, want er is mede door dit platform heel zinvol werk gedaan en er zijn goede adviezen gegeven, ook in de richting van het proces zoals het vorm zou moeten krijgen. Daarmee zijn wij een heel stuk verder gekomen.

Het gaat dan zowel om de formulering van het basistakenpakket, als om het uitgangspunt zoals wij dit nu ook met elkaar bespreken, namelijk dat er voor alle jeugdigen van nul tot negentien jaar een integraal aanbod moet zijn, uniform in de uitvoering en uiteindelijk toetsbaar door de inspectie. De Kamer heeft zich daar ook een aantal malen over gebogen en die uitgangspunten zijn hier breed gesteund. Vervolgens zijn wij aan de slag gegaan met projectgroepen en een stuurgroep om dit allemaal uit te werken, teneinde uiteindelijk op 1 januari 2003 de stap te zetten, het geld uit de AWBZ te lichten en een andere financieringsstructuur te maken. Immers, op het moment dat je wilt zorgen dat voorkomen wordt dat er problemen ontstaan door dit soort organisatorische veranderingen, moet je goed uitzoeken hoe het allemaal in elkaar zit. Daartoe is heel veel werk verricht. De heer Udo maakte in het debat het verwijt dat er niets is gebeurd en dat het allemaal zo lang heeft geduurd: nu, er is inderdaad heel grondig gekeken naar alle aspecten die samenhangen met deze operatie. Wij kunnen ons niet veroorloven dat rond de consultatiebureaus een puinhoop zou ontstaan. Wij hebben derhalve alles op alles gezet om goed in beeld te brengen wat de consequenties zijn van die operatie, teneinde dit allemaal zorgvuldig te doen.

Welke zijn de uitgangspunten die centraal staan? Dat betreft in de eerste plaats het helder omschreven basispakket voor alle kinderen van nul tot negentien jaar, zonder leeftijdsknip. Een belangrijk element daarbij is dat wij hebben gezegd dat er een uniform deel moet zijn dat voor alle kinderen gelijkelijk wordt aangeboden en uniform wordt uitgevoerd. Tegelijkertijd is het in het kader van het preventiebeleid ontzettend belangrijk dat wij naar de risicogroepen toe in staat zijn wat extra's te doen en maatwerk te leveren, en dat er, daar waar risico's zich voordoen, ook programma's kunnen worden aangeboden en mensen verwezen kunnen worden. De discussie over de keten in de

Vliegenthart

jeugdzorg en het lokale jeugdbeleid hebben wij een aantal keren met elkaar gevoerd. Daar vervult het consultatiebureau ook een heel belangrijke functie voor. Ik denk daarbij aan verwijzing naar de peuterspeelzalen, aan taalprogramma's en aan opvoedingsondersteuning. De combinatie van het uniforme deel en het maatwerkdeel moet gewoonweg een goede preventieve jeugdgezondheidszorg mogelijk maken.

Het tweede belangrijke uitgangspunt is een goede toegankelijkheid en bereikbaarheid. Ik kom daar zo meteen nog even op terug aan de hand van vragen die de heer Buijs daarover heeft gesteld.

Het derde element is de gemeentelijke regie. Juist bij het preventieve beleid, waar gemeenten een heel belangrijke rol in spelen, is het van belang dat de onderlinge afstemming van al die voorzieningen goed functioneert. Wij weten dat er in het verleden problemen waren doordat de aansturing in al die circuits verschillend gebeurde.

Als vierde belangrijk element wil ik hier noemen de invoering van een elektronisch dossier, een integraal dossier, op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Ik kom daar, in reactie op de heer Buijs, nog wat concreter op terug.

Verder zullen wij een platform instellen – dat is inmiddels gebeurd – dat zich bezig zal houden met de kwaliteitsbewaking van het basistakenpakket. Standaarden zullen ook steeds verder ontwikkeld worden; de wetenschap staat op dit vlak niet stil. Ook de effecten zullen onderzocht moeten worden. Dit zijn allemaal belangrijke elementen om er uiteindelijk voor te kunnen zorgen dat de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg in Nederland – die overigens op een heel hoog peil staat – nog verder verbetert.

De jeugdgezondheidszorg is een heel belangrijke tak van sport, als het erom gaat de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen, het welbevinden van kinderen, te bevorderen en te beschermen, zowel op het individuele niveau, als op het groepsniveau. Het gaat om een potentieel kwetsbare groep – hoe jonger hoe kwetsbaarder, zou je kunnen zeggen – waar uiteindelijk veel gezondheidswinst is te behalen op het moment dat je vroegtijdig risico's opspoort. Die gezonde ontwikkeling van

kinderen bekijken wij niet uitsluitend uit de enge gezondheidsoptiek. Het gaat veel breder om de sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen.

Om dat allemaal goed vorm te geven is het van belang dat je een goed beeld hebt van de ontwikkeling die kinderen doormaken. Het integrale dossier is daar een heel belangrijk instrument bij. In het verleden werd er veel bijgehouden, maar minder systematisch en niet doorlopend van nul tot 19. Daar valt nog belangrijke winst te boeken. Op dit moment is het nog een papieren dossier, maar het moet een elektronisch dossier worden. Een landelijk registratiesysteem is ook van belang, zodat wij de ontwikkelingen goed kunnen analyseren. Ik zie mevrouw Hermann al knikken. Vanuit haar deskundigheid weet zij hoe belangrijk dat is. Er wordt op dit moment gewerkt aan de ontwikkeling daarvan. De eerste inventarisatie is beschikbaar.

De heer Buijs spreekt in dat kader altijd over een zorgpas met alle gegevens. Wij spreken nu over dat integrale dossier. Uiteindelijk zijn die gegevens per jeugdige gebundeld beschikbaar. Ik ga ervan uit dat wij in dit verband over hetzelfde spreken. Ik verwacht in september een tweede rapportage, waarin het programma van eisen is geformuleerd. Vervolgens moeten voorstellen worden gedaan voor een invoeringsscenario en de stappen die daarna worden gezet.

Een tweede belangrijk uitgangspunt is de samenwerking met andere voorzieningen, zoals de peuterspeelzaal en de kinderopvang, waar kinderen komen en waar men problemen van kinderen kan signaleren. Het is belangrijk dat er tussen die voorzieningen wordt samengewerkt. De afgelopen jaren is daarin voortgang geboekt, maar wij weten dat nog de nodige voortgang kan worden gemaakt. Dat proces is op gang gekomen en wij hebben het einde ervan nog niet bereikt.

Het derde punt is toegankelijkheid en bereikbaarheid. Het is belangrijk dat kinderen in achterstandssituaties goed worden bereikt door de consultatiebureaus. Op 1 januari 1999 is de toegangsbijdrage voor de ouder- en kindzorg afgeschaft in het kader van de drempelverlaging. Omdat er zorgen waren over een verminderde bereikbaarheid van de consultatiebureaus hebben wij het

RIVM gevraagd daarnaar onderzoek te doen. Ik heb u het rapport daarover enige tijd geleden doen toekomen. Geconstateerd wordt dat je niet echt kunt vaststellen of er sprake is van regionale verschillen. Een belangrijke conclusie uit het rapport is dat, als wordt bekeken hoe ouders de afstand naar het consultatiebureau beoordelen, in de grote stad in een achterstandswijk een kilometer bij wijze van spreken al gauw te veel is, terwijl op het platteland acht tot tien kilometer geen probleem vormt. Dat heeft toch ook iets te maken met datgene waaraan men in het gewone leven gewend is. Op het platteland doet men de boodschappen altijd tien kilometer verder weg en is men gewend van alles en nog wat met de auto te doen. In de stad doet men de boodschappen blijkbaar om de hoek en wordt het belang van de afstand anders afgewogen.

Een andere interessante uitkomst uit het rapport is dat de feitelijke bereikbaarheid van consultatiebureaus in achterstandswijken beter is geregeld dan elders. De fysieke toegankelijkheid vormt geen echte reden om te veronderstellen dat bepaalde achterstandsgroepen minder gebruik maken van deze voorzieningen. Uit onderzoeken blijkt dat er mensen zijn die er vanwege hun geloof of om andere redenen minder gebruik van maken, maar over het algemeen is de bereikbaarheid heel goed en wordt die alleen maar beter door de betere samenwerking op lokaal niveau.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik herken het beeld dat de staatssecretaris schetst. Eerlijk gezegd vind ik het wel logisch dat het in achterstandswijken vaak beter gaat. Daar denken wij veel meer over na en daar maken wij veel meer beleid op. Ik heb in eerste termijn aangegeven dat ik denk dat er geld moet komen voor de oplossing van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ik wil dat niet tot de grote steden beperken. In plattelandsgemeenten en middelgrote gemeenten zijn er natuurlijk ook achterstandsgroepen. Daar is misschien toch wat minder aandacht voor dan in het kader van het grotestedenbeleid inmiddels is geregeld.

Staatssecretaris **Vliegenthart**:
Mevrouw Van Vliet zwengelt nu een

Vliegenthart

veel bredere discussie aan over de noodzaak om te investeren in een breed preventief beleid. Het is natuurlijk van ontzettend groot belang dat wij ervoor zorgen dat mensen zich gezond gaan gedragen, dat risico's opgespoord worden en dat geïnvesteerd wordt in een gezonde leefomgeving. Dat is niet iets wat zich uitsluitend moet beperken tot de achterstandsgebieden. De discussie over de bereikbaarheid van de consultatiebureaus is begonnen met onze wetenschap dat het aantal consultatiebureaus is afgenomen en de stelling dat dat zou leiden tot een verminderde bereikbaarheid. Ik heb daarop onderzoek laten doen. Sommige mensen menen dat het voor mensen in achterstandswijken niet meer mogelijk is om naar een consultatiebureau te gaan. Die stelling blijkt niet op te gaan. Het RIVM heeft een methode ontwikkeld om in dezen een afweging te kunnen maken. Stel dat in een bepaalde regio of stad minder kinderen opgroeien. Op een gegeven moment moet een afweging worden gemaakt of er nog voldoende draagvlak is voor het openhouden van een consultatiebureau. Om zo'n besluit zorgvuldig te kunnen wegen, moet je een aantal factoren bekijken. Het RIVM heeft daartoe een model ontwikkeld. Besluitvorming over dit soort zaken kan daarmee zorgvuldig plaatsvinden.

De heer **Buijs** (CDA): De staatssecretaris heeft helemaal gelijk, ook wat betreft de achterstandswijken. De emoties zijn juist ontstaan in andere gebieden, in interstedelijk gelegen gebieden. Daar zijn veel klachten gekomen. Vindt de staatssecretaris het goed dat het RIVM doorgaat met monitoren? De laatste jaren zijn zo'n zestig, zeventig consultatiebureaus verdwenen, juist vanwege financiële problemen. Nu gemeenten die organisatorische taak op zich nemen, lijkt het mij verstandig dat de staatssecretaris die bereikbaarheid wat meer garandeert, meer dan bij de thuiszorgorganisaties.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Het RIVM kan verder monitoren. Via de zorgatlas worden allerlei zaken in beeld gebracht.

Bij de vraag of een voorziening gesloten dient te worden, speelt natuurlijk het aanbieden van alternatieven een belangrijke rol.

Veel thuiszorgorganisaties hebben in de afgelopen periode alternatieven aangeboden in de vorm van een rijdende bus of het houden van spreekuur in een verzorgingshuis of in zorgsteunpunten. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat een voorziening in een buurt beschikbaar blijft. Men heeft echt geprobeerd om daar zorgvuldig mee om te gaan. Door de gemeentelijke regie die in de jeugdgezondheidszorg ontstaat, wordt de afweging veel sterker bepaald door de lokale situatie. De regionale thuiszorginstelling werkte regionaal en heeft in het verleden meerdere belangen moeten dienen. De uniforme financiering, de specifieke uitkering aan de gemeenten en het wettelijk verankeren van het basistakenpakket bieden natuurlijk veel meer houvast voor dit soort afwegingen. Kortom, met de stappen die wij vandaag met elkaar zetten leveren wij een bijdrage aan een betere toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg.

Het rijksvaccinatieprogramma en de hielprik blijven uit de AWBZ gefinancierd worden. Financiering hiervan uit het gemeentefonds zou alleen maar leiden tot verschuiving, zonder dat dit iets oplevert. Het vaccinatieprogramma blijft trouwens deel uitmaken van het basistakenpakket. Het zit in de productgroep screenings en vaccinaties, zoals dat tegenwoordig heet. De financiering loopt alleen niet via een specifieke uitkering, maar gewoon via de AWBZ.

Mevrouw Van Vliet heeft voorgesteld om de heupdysplasie onder de productgroep screenings te brengen. Ik snap haar vraag heel goed, omdat heupdysplasie op dit moment niet expliciet wordt genoemd. Het is echter wel een standaardactiviteit in de jeugdgezondheidszorg. Momenteel valt die activiteit onder het uniforme deel van de productgroep monitoring en signalering. Ik ben overigens van plan om zeer binnenkort het definitieve basistakenpakket vast te stellen. Dan zal helder zijn wat er allemaal onder welke productgroep valt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat doet mij genoegen. Ik had ook niet de intentie om hierover een uitspraak van de Kamer te vragen, want ik vermoedde dit wel. Diverse organisaties hebben mij er echter op gewezen dat sommige dingen wel

worden genoemd, maar andere niet. De angst bestaat dat er straks alleen uitgegaan wordt van de dingen die genoemd worden. Daar moeten wij dus een oplossing voor vinden.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik zal daar nog eens goed naar laten kijken, want daar mag geen verwarring over ontstaan. Ik weet niet of er overal limitatieve opsommingen gekozen worden of dat het gewoon voorbeelden zijn van zaken die onder een productgroep vallen.

De heer Buijs heeft gevraagd hoe wij invulling denken te geven aan voorlichting aan aanstaande ouders. Wij geven die voorlichting natuurlijk niet; dat doen de thuiszorgorganisatie. De LVT heeft aangegeven dat zij die taken ook na de overheveling van de OKZ graag wil blijven uitvoeren. Op zichzelf lijkt mij dat prima. Wij zullen daar in overleg met de LVT afspraken over maken.

Ik kom nog even terug op de productgroepen in het basistakenpakket. Bepaalde producten worden omschreven in het uniforme deel. Dat zijn de producten die op basis van standaarden en protocollen aan iedere jeugdige moeten worden aangeboden. Andere producten worden echter alleen als maatwerk aangeboden. Het onderscheid tussen uniforme producten en maatwerk heeft te maken met de vraag of een product standaard aan iedereen wordt aangeboden of niet. Bij de berekening van de uitkering aan de gemeenten voor dat uniforme deel van het basistakenpakket is ook uitgegaan van de veronderstelling dat in 10% van de gevallen sprake zal zijn van een herhalingsoproep. De kosten die gemaakt moeten worden als mensen bijvoorbeeld een tweede test moeten ondergaan, zijn hier dus gewoon in verdisconteerd. Programma's voor mishandelde kinderen of opvoedingsondersteuning, aangeboden door het consultatiebureau of de JGZ, vallen onder het maatwerkdeel. Dit deel kan gericht zijn op individuele risicokinderen, maar kan ook groepsgerichte activiteiten omvatten. Het maatwerkdeel wordt beleidsmatig ingevuld door de gemeenten. Ik kan mij namelijk heel goed voorstellen dat gemeenten bepaalde activiteiten in sommige wijken forser willen optuigen dan in andere wijken. Op die terreinen heeft de gemeente beleidsvrijheid en dat wordt dan ook vanwege dat feit gefinancierd uit het

Vliegenthart

Gemeentefonds. Dan kan de gemeente zelf besluiten hoeveel ruimte zij daarvoor ter beschikking wil stellen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Gisteren heb ik gevraagd of het verstandig is om programma's waarvan bewezen is dat zij effectief werken, zoals voorlichting over wiegendood of over roken in het bijzijn van een pasgeborene, in het maatwerkdeel op te nemen. Dan bestaat de kans dat de ene gemeente het wel doet en de andere gemeente niet.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik meen dat in het besluit staat dat voorlichting tot de taken van de JGZ behoort. Ik zal dat nog nagaan en kom daar later op terug.

Voorzitter. De heer Buijs heeft gevraagd naar de evaluatie na drie jaar. Die evaluatie heeft geen betrekking op de WCPV als geheel, maar op de financieringsstructuur die wij voor de jeugdgezondheidszorg kiezen, het feit dat wij de komende paar jaar gaan werken met de specifieke uitkering. De Kamer heeft aangegeven dat zij na een paar jaar wil kunnen beoordelen of er al dan niet iets gewijzigd moet worden in die financieringsstructuur. Op basis daarvan hebben wij besloten om over drie jaar te evalueren. In de brief die ik daarover vorig jaar aan de Kamer heb gestuurd, is aangegeven dat specifieke uitkeringen in principe tijdelijk zijn. De bedoeling is dat uiteindelijk overheveling naar het Gemeentefonds plaatsvindt. Dat zijn de normale spelregels op dat vlak. Het is tevens de bedoeling om op basis van die evaluatie te kijken of dat een verstandige beslissing is of niet, of verdeelmaatstaven adequaat zijn, etc.

Alle woordvoerders hebben de mogelijke uitvoering van JGZ-taken door de thuiszorginstellingen naar voren gebracht. In artikel 5a van het oorspronkelijke wetsvoorstel wordt de mogelijkheid gecreëerd om die taken uit te laten voeren door andere instellingen. Dat is een heel algemene formulering. De achtergrond van die formulering was om het mogelijk te maken dat de taken die op dit moment door de thuiszorginstellingen worden uitgevoerd, gecontinueerd kunnen worden. In het bestuurlijk overleg tussen de VNG, de LVT en het ministerie van VWS is gesteld dat het in het kader van een zorgvuldig

overgangstraject mogelijk moet zijn om daarover op lokaal niveau goede afspraken te maken. Kernpunt hierbij is dat de gemeente de regie heeft over beide aspecten. Wij zien processen tot de vorming van een meer samenhangende JGZ. In sommige gemeenten gaat dat snel en komt men tot vorming van integrale organisaties. In sommige gemeenten ontstaan samenwerkingsverbanden waar veel intensiever samengewerkt wordt. Het zijn dan nog steeds gescheiden organisaties, maar er is een uniform takenpakket, er wordt met een integraal dossier gewerkt en er wordt een algemeen beleid geformuleerd. Doordat de sturing op één plek zit, namelijk bij de gemeente, ontstaat er dus veel meer samenhang. Er is dus een variëteit aan mogelijkheden. Die regie op het lokale niveau betekent dat men, mede met het oog op een zorgvuldig proces, daarbinnen afwegingen moet kunnen maken. In bepaalde gevallen moeten consultatiebureaus die hun werk goed doen, dat kunnen continueren. Dat geldt ook voor de GGD. Het moet echter ook mogelijk zijn, meer afstemming en samenhang tot stand te brengen.

Op dit onderdeel zijn twee amendementen ingediend, het amendement-Arib c.s. en het amendement-Van Vliet. Over de bedoeling zijn wij het wellicht eens, alhoewel de mondelinge toelichting van mevrouw Van Vliet mij op de gedachte bracht dat er misschien toch een verschil van opvatting is. Het werk moet naar haar mening integraal door de thuiszorg of door de GGD worden gedaan. Op basis van het amendement-Arib is men op gemeentelijk niveau in feite vrij om te beslissen of taken al dan niet verricht kunnen worden door de thuiszorginstellingen, de instellingen die op grond van artikel 26 van het Besluit zorgafspraken die taken vervullen. Het amendement-Arib biedt meer ruimte om op lokaal niveau een verantwoorde afweging te maken en een zorgvuldig proces te volgen. Ik kan mij voorstellen dat in de beginfase ook op basis van het uniforme pakket wordt uitgegaan van twee organisaties waarbij samenhang en afstemming worden geregeld en men geleidelijk verder komt daarmee. Het amendement van mevrouw Van Vliet betekent letterlijk dat per 1 januari a.s. de handel geheel wordt overgeheveld naar de ene of naar de andere instelling. Ook

in aansluiting op de discussies met de VNG en de LVT gaat mijn voorkeur uit naar de formulering in het amendement-Arib. Als de Kamer daartegen geen bezwaar heeft, wil ik dat overnemen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De formulering in het amendement van mevrouw Arib over de ouder- en kindzorg is veel mooier en zou ik in een gewijzigd amendement zeker overnemen, maar voor de discussie van nu vind ik dat niet zo relevant. Ik heb niet gezegd dat het werk per 1 januari bij de ene of bij de andere instelling moet worden ondergebracht. Ik heb ruimte willen creëren voor gemeenten om te kiezen voor hetzij de GGD hetzij de thuiszorg, hetgeen verder mag strekken dan de zorg via een thuiszorginstelling voor louter 0- tot 4-jarigen. Wellicht is dat in de toelichting op mijn amendement niet duidelijk genoeg gesteld. Als een gemeente van mening is dat een en ander uitstekend werkt via de consultatiebureaus en dat zij ook de zorg voor 4- tot 19-jarigen voor hun rekening kunnen nemen, kan daartoe besloten worden. Een andere gemeente kan kiezen voor gedeeltelijk GGD en gedeeltelijk thuiszorg. Weer een andere gemeente kan kiezen voor uitsluitend de GGD. Ik wil die keuze aan de gemeenten overlaten. Is die flexibiliteit mogelijk? Wellicht moet daartoe een gewijzigd amendement worden ingediend, dat door de regering overgenomen kan worden. In dat geval ben ik gelukkig. In feite wil ik dus een bredere keuze.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Ik denk dat aan uw wens wordt voldaan. De discussie is enigszins verwarrend, omdat het in het verleden ging om organisaties voor de zorg voor 0- tot 4-jarigen en om organisaties voor de zorg voor 4- tot 19-jarigen, respectievelijk ondergebracht bij de thuiszorg en de GGD. In het nieuw door mevrouw Arib geformuleerde artikel 5a gaat het erom dat een gemeente kan besluiten om die taken, die niet zijn beperkt zijn tot de categorie van 0 tot 4 jaar en van 4 tot 19 jaar, te laten uitvoeren door de thuiszorginstellingen. In artikel 5 staat dat de uitvoering van de WCPV wordt opgedragen aan de GGD's en dat wat de jeugdgezondheidszorg betreft, de taken geformuleerd in artikel 3a, tweede lid, ook uitgevoerd kunnen worden door de organisaties

Vliegenthart

die dat tot nu toe altijd hebben gedaan voor 0- tot 4-jarigen. Er staat dus niet dat de taken van 4 tot 19 niet kunnen, zoals u zegt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dan ben ik dus in verwarring, maar dat is misschien meer een vraag aan mevrouw Arib dan aan de staatssecretaris. In de toelichting staat: "Dit nieuwe artikel 5a is gericht op de mogelijkheid dat de thuiszorgorganisatie op verzoek van de gemeente de activiteiten van het huidige consultatiebureau voor 0- tot 4-jarigen blijft uitvoeren." Daaruit maak ik op dat het alleen 0 tot 4 is en niet op termijn ook 4 tot 19, als de gemeente daarvoor kiest. Die verbreding zou ik graag zien, maar misschien hebben de indiener en de staatssecretaris daar bezwaren tegen.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Het gaat erom wat in het artikel staat. In het artikel staat dat het de gemeenteraad vrij staat om te komen tot taken of onderdelen daarvan, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, a t/m d. Dat zijn de breed geformuleerde taken van de jeugdgezondheidszorg. Zij zijn niet beperkt tot 0 tot 4 of van 4 tot 19, maar zij gaan van 0 tot 19. In het verleden werd een deel daarvan uitgevoerd door de thuiszorg en een deel door de JGZ. Voor de totale taken geldt dat de gemeente kan besluiten om ze te laten uitvoeren door een instelling voor ouder- en kindzorg. De GGD kan die taken op grond van artikel 5 van de WCPV al uitvoeren.

Datgene wat volgens mevrouw Van Vliet moet kunnen, kan dus ook op grond van de tekst van de wet, zij het dat in de praktijk de verwachting is dat gemeenten er zorgvuldig mee omgaan. Zij gaan niet direct van alles herverkavelen, maar zij zullen kijken hoe zij meer integratie en samenhang kunnen bevorderen, voortbouwend op wat zij hebben aan goed functionerende consultatiebureaus en een goed functionerende GGD, in een aantal gevallen. In theorie kan dat al op grond van de wet.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Als dit zo is, ben ik tevreden over de uitspraak van de staatssecretaris. Als deze toelichting wordt overgenomen, is dat prima, maar ik wil van mevrouw Arib weten of zij dat bedoelt. Ik ben in verwarring geraakt door de

toelichting in het eerste amendement over 0 tot 4 en heb daarom een tegenamendement ingediend.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: Dat komt volgens mij doordat die taken altijd gesplitst werden uitgevoerd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De staatssecretaris heeft het amendement toegelicht. Ik ben blij dat het voorstel is opgenomen in de wet, waardoor dit amendement overbodig wordt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Als dit het geval is, kan ik mijn amendement op stuk nr. 15 intrekken.

Het amendement-Arib c.s. (stuk nr. 17) is overgenomen. Het amendement-Van Vliet (stuk nr. 15) is ingetrokken.

Staatssecretaris **Vliegenthart**: De heer Buijs heeft gevraagd of ik het verzoek van de LVT wil inwilligen om een artikel op te nemen in de wet, om het mogelijk te maken dat de gemeenten worden verplicht om automatisch de GBA-gegevens ter beschikking te stellen. Ik herinner mij dat ik bij het besluit GBA een discussie heb gehad met collega Van Boxtel over de aanwijzing van bijzondere derden. Dat is een heel ingewikkelde discussie, maar het is ook niet echt nodig. De GGD's zijn al aangewezen als instanties die kunnen beschikken over de gegevens. Het is logisch dat de GGD's wat zij nu doen bij 4- tot 19-jarigen, verbreden naar 0 tot 19. Dat is een eenvoudige oplossing.

Gemeenten kunnen op grond van hun verantwoordelijkheid ook zorgen dat de instellingen over die gegevens beschikken, en dan is de vraag of die instellingen zelfstandig toegang moeten hebben tot die bestanden. Zoals zo vaak wil ik gewoon voor een pragmatische lijn kiezen en het in de praktijk oplossen.

De heer Udo heeft gevraagd naar de relatie tussen de collectieve preventie en de breedtesportimpuls. Dat is een belangrijk thema. De nota Sport, bewegen en gezondheid is natuurlijk ook geschreven vanuit de invalshoek: hoe kun je via het bevorderen van sport en bewegen bijdragen aan preventie van ziekte en aan een gezonder leven van burgers? Wij besteden daar dus veel aandacht aan. Het is met name in de richting van jongeren een belangrijk thema. Er worden op dit moment in het

kader van de breedtesportimpuls op lokaal niveau heel veel activiteiten ontwikkeld om tot een bevordering van die participatie te komen. Wat dat betreft, ben ik het dus gewoon eens met de relatie die de heer Udo legt. Het is goed als de discussie over breedtesport ook op lokaal niveau niet alleen vanuit de sociale invalshoek, vanuit het belang voor kinderen om zich door middel van het sporten op een bepaalde manier te kunnen ontwikkelen, maar ook vanuit de gezondheidsinvalshoek wordt gevoerd. Ik hoop dat de discussie op lokaal niveau over de nota Gezondheidsbeleid en de versterkte aandacht voor het hele preventieve gebeuren er ook toe zullen leiden dat gemeenten zich bewust zijn van het belang van investeringen in dit soort maatschappelijke sectoren, gelet op de gezondheidswinst die daarmee ook te boeken valt. Wij zien ook dat de breedtesportimpuls op lokaal niveau dat soort effecten heeft.

Voorzitter. Mevrouw Arib vroeg of de signalen kloppen dat er een tekort aan jeugdartsen dreigt als gevolg van de nieuwe zwaardere opleiding maatschappij en gezondheid. Die nieuwe opleiding vervangt natuurlijk de huidige opleiding tot jeugdarts JGZ en duurt vier jaar. De eerste afgestudeerden zullen in 2006 de arbeidsmarkt op komen. Het is overigens niet voor alle artsen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg noodzakelijk om die brede en zware opleiding te volgen. Daarom wordt er op dit moment ook een scholingstraject voorbereid waarin wordt opgeleid voor een aantal uitvoerende taken van de jeugdgezondheidszorg. Het is tevens een opwaardering van de huidige applicatiecursus voor de consultatiebureau-arts. Die trajecten maken gebruik van modules uit de opleiding tot arts maatschappij en gezondheid, maar zij duren veel korter: geen vier maar tweeënhalf jaar. Wij hopen natuurlijk dat dit zal bijdragen aan het voorkomen van de tekorten die mogelijk zouden kunnen ontstaan.

Voorzitter. Mevrouw Arib heeft gevraagd naar mijn mening over de invoering van een exitgesprek in het kader van de JGZ voor jongeren van zestien jaar. De beroepsverenigingen hebben daarvoor voorstellen gedaan, ook voor het aantal contactmomenten. Wij hebben aan een expertgroep, aan mensen die daar

Vliegenthart

dus echt verstand van hebben, gevraagd om dat op korte termijn te beoordelen. Wij zullen de uitkomst daarvan betrekken bij onze nadere oordeelsvorming daarover. Het zal aan de ene kant ongetwijfeld voordelen hebben, maar het is ook weer een extra belasting. Wij zullen dus met elkaar moeten afwegen wat zoiets toevoegt. Daarvoor moeten wij echt de opvattingen horen van mensen die daar vanuit de praktijk ook echt verstand van hebben. Ik wacht dat dus af alvorens zelf een definitief standpunt te bepalen.

Voorzitter. Mevrouw Arib heeft ook gevraagd hoe een landelijke bewaking en uniformiteit van de JGZ kan worden gegarandeerd. Dat kan in de eerste plaats natuurlijk doordat die taken wettelijk uniform voor iedereen worden geregeld. Er zullen dus protocollen en standaarden zijn voor de wijze waarop dat zal worden toegepast. Op dit moment is een werkgroep bestaande uit de veldpartijen bezig met de voorbereiding voor het ontwikkelen van een eenduidig begrippenkader 0-19. Blijkbaar worden die begrippen ook daar niet altijd eenduidig toegepast. Met name als het gaat om begrippen als "risicokind", "bereik" of "toegankelijkheid", is het belangrijk dat mensen dat op dezelfde manier interpreteren. Dan kunnen er op een gegeven moment via de registratie op landelijk niveau conclusies aan worden verbonden. Als men de begrippen verschillend invult, kun je vervolgens geen conclusies meer trekken. Dat is dus een belangrijk punt. Op het moment dat het uniform geregistreerd wordt, wordt benchmarking en dergelijke mogelijk. Verder heeft de inspectie voor de gezondheidszorg een taak in de bewaking van de kwaliteit van de JGZ.

Over de financiën is een aantal vragen gesteld. Wij hebben aan twee externe bureaus gevraagd een berekening te maken van de kosten van het uniforme deel van het basistakenpakket. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat 16 mln euro extra nodig is om dit uit te voeren op basis van de wettelijke omschrijvingen. Het kabinet heeft op mijn voorstel besloten dit bedrag extra ter beschikking te stellen. In de begroting voor 2003 zal het budget voor de specifieke uitkering wordt opgehoogd, opdat wordt voldaan aan de randvoorwaarden voor de

financiering van het basistakenpakket.

Vorig jaar is voor wat wij in de toekomst het maatwerkdeel zullen noemen, al 16 mln euro extra ter beschikking gesteld voor de JGZ, met name om meer invulling te kunnen geven aan die functie. Dit is bij elkaar 32 mln euro en afgezet tegen het totale budget is dit een stijging van zo'n 14% van het huidige beschikbare bedrag. Er wordt dus echt een substantiële, structurele aanvulling gegeven op de beschikbare middelen.

Op de financiering van de overige taken van de WCPV en het maatwerkdeel van de JGZ wordt nog gestudeerd. Vooral voor het maatwerkdeel geldt dat daarbij de beleidsvrijheid van de gemeenten in het geding is. Wij hebben met de VNG afspraken gemaakt over de investeringen die gemeenten moeten doen voor het versterken van het lokaal preventieve jeugdbeleid en een sluitende aanpak van 0 tot 6.

De uitkomsten van het onderzoek zullen op korte termijn beschikbaar komen. Zij zullen ongetwijfeld bij de formatiebesprekingen voor een nieuw kabinet worden betrokken.

Dit wat betreft de structurele middelen. De reorganisatie van geld uit de AWBZ naar de specifieke uitkering vraagt natuurlijk om een zorgvuldige aanpak. Ook daarnaar is onderzoek gedaan. Wij hebben in de Kamer gesproken over het mogelijke risico van het ene objectieve verdeelmodel dat niet helemaal aansluit bij de huidige verdeling van de geldstromen. Niemand wil natuurlijk dat er problemen ontstaan. De Raad voor de financiële verhoudingen heeft mij hierover uitgebreid geadviseerd. Dit advies met de verdeelmaatstaven nemen wij over. Overigens moeten wij formeel binnen drie maanden met een kabinetsstandpunt komen. Naar verwachting zal er een klein vereveningsprobleem resteren in de grootte van 1,5 mln euro. Dit zal natuurlijk worden opgelost.

De thuiszorg wil natuurlijk dat dit er schoon aan de haak wordt uitgelicht. Zij hebben aandacht gevraagd voor de vermogenspositie van de instellingen. Op dit moment wordt ook daarnaar gekeken. In 2000 is al onderzoek gedaan en wij zullen de gegevens in 2002 bekijken om te bezien of zich hier nog problemen voordoen. Wij hebben de thuiszorginstellingen de afgelopen twee jaar

de mogelijkheid geboden om tussen het status aparte budget en het budget voor verpleging en verzorging te schuiven opdat men een correcte toedeling heeft van de middelen aan de kosten die in de twee poten van de thuiszorginstellingen zitten. Daarvoor moeten wij de gegevens in 2002 goed analyseren. De verwachting is dat het beeld in ieder geval niet slechter zal zijn dan op 1 januari 2000 omdat instellingen in de afgelopen jaren konden schuiven.

Tot zover de oplossing van incidentele knelpunten. Wij proberen met de VNG, de LVT en de GGD's voor het overgangstraject tot een convenant te komen over een behoorlijk verloop. De meeste punten daarin zijn uitgediscussieerd, hoewel er nog wat afspraken moeten worden gemaakt. Ik zal de Kamer over de uitkomst daarvan zo spoedig mogelijk informeren, waarna per 1 januari 2003 echt sprake kan zijn van overheveling en van de start van een integrale jeugdgezondheidszorg.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Ik ben de regering bijzonder erkentelijk voor de uiterst constructieve en inhoudelijk gedegen wijze waarop zij de vragen in eerste termijn beantwoordt en in het bijzonder voor het feit dat zij het amendement ten aanzien van het begrip "collectieve preventie" heeft overgenomen. Uiteindelijk streven wij naar een wereld die "gezond is zonder zorg". Dat is een ideaalbeeld, maar hoe dichtert wij daarbij kunnen komen, hoe beter.

De afgelopen jaren is een aantal dossiers rond preventie, volksgezondheidsbeleid, jeugdgezondheidsbeleid en dergelijke aangelegd. Mijn vraag aan de regering op dit punt kan wellicht schriftelijk beantwoord worden. Er is een oud dossier Preventiebeleid volksgezondheid nr. 22894, waaronder niet lang geleden een aantal stukken uitgebracht is. Verder is een dossier aangelegd onder nr. 26211 over jeugdgezondheidszorg. Inmiddels positioneren wij de jeugdgezondheidszorg onder nr. 27004. Ook is er een dossier aangelegd onder nr. 26598. Te zijner tijd verneem ik graag van de regering op welke manier met deze dossiers wordt omgegaan nu het wetsvoorstel Collectieve preventie

Hermann

volksgezondheid, nr. 28063, wordt afgehandeld.

Het is belangrijk dat collectieve preventie duidelijk wordt, zowel voor ons als voor de nieuwe gemeentebesturen. Dit dossier moet straks als het ware met een nieuw kaftje erom neergelegd worden. Er is gesproken over het tempo; wij hebben wel eens wat ongeduldig met de voeten getrappeld. Iedereen heeft aangespoord tot het geven van ruimte en tot het stimuleren en financieel onderbouwen van het proces. Het moment is aangebroken waarop een en ander mogelijk is. De staatssecretaris heeft aangegeven dat de integrale jeugdgezondheidszorg op 1 januari 2003 wordt ingevoerd. Ik ben van mening dat hiermee een goed voorbeeld wordt gegeven van de wijze waarop gezamenlijk een breed draagvlak kan worden gecreëerd. Dat is de essentie van het werken in de collectieve preventie.

De GGD's hebben in hun minuscule brochure aangegeven dat langetermijnbeleid resultaten oplevert en zij illustreren dat met de tien grote "public healthsuccessen" uit de twintigste eeuw. Ik geef een aantal voorbeelden. Vaccinaties: een reductie van de aangegeven ziektegevallen met 95%-100%. Bestrijding van infectieziekten: een reductie van de sterfte met meer dan 90%. Veiligheid van de werkplek: een reductie van het aantal dodelijke ongevallen per 100.000 werkers met meer dan 90%. Een totale jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen, kraamzorg en prenatale zorg: een reductie van de zuigelingensterfte met meer dan 90% en een reductie van de maternale sterfte met 99%. Ook veiliger en gezonder voedsel, family planning, de fluoridering van het drinkwater, de veiligheid van motorvoertuigen en de bestrijding van tabaksgebruik kennen hoge succespercentages. Voor het succes op de lange termijn leggen wij vandaag een stevige fundering.

Wat gebeurt er als wij kijken naar wat GGD-Nederland heeft voorgesteld? De jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen heeft een gezonde jeugd met een lange toekomst tot gevolg. De minister vraagt zich af of seksueel overdraagbare aandoeningen en tuberculose in de wet moeten worden opgenomen. Ik hoef de minister er toch niet aan te herinneren hoe lang soa's al in de wereld circuleren en hoe lang tuberculose al

bestaat? Ik zou het fantastisch vinden als wij zonder zorg zo gezond waren dat wij ze uit de wet konden schrappen. Nu is dat evenwel niet het geval. Ik vrees dat de minister en ik er niet meer zullen zijn op het moment dat deze ziekten zijn uitgebannen.

Er moet een veilig vangnet zijn voor mensen die het op eigen kracht niet redden. De task force inzake vermaatschappelijking heeft hiertoe recentelijk heel goede aanbevelingen gedaan en de GGD's zijn hierbij onontbeerlijk. Er is heel veel te winnen met een gezonde werkomgeving, een gezonde schoolomgeving en een gezonde leefomgeving. Wij moeten de gevolgen van de verslaving terugdringen, niet alleen de schadelijke drugs, maar ook al die geneesmiddelen die in veel te grote hoeveelheden worden geslikt en waarvan mensen alleen maar duizelig worden en van de trap vallen zodat het aantal ongevallen weer stijgt. Alle burgers moeten gelijke kansen op gezondheid hebben. Ik ben blij dat de regering het oordeel over de taak van het Rijk in het interdepartementale en internationale gezondheidsbeleid aan de Kamer overlaat. Wij moeten monitoren en signaleren wat er gebeurt, zodat wij een beter beleid kunnen voeren. Door dit wetsvoorstel ontstaan mogelijkheden hiertoe en ik ben heel blij dat wij hierover hebben kunnen praten.

Ten slotte wil ik nog iets opmerken over een van de door mij, met collega's, ingediende amendementen. Het gaat om het amendement op stuk nr. 10. Dit amendement willen wij wijzigen. De toevoeging aan artikel 7, onder lid 4, wordt ingekort waarbij de helft van de tekst vervalt. Wij zullen dit laten uitwerken, waarna het amendement een nieuw nummer zal krijgen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. Ik zal het kort houden, maar wil toch eerst de bewindslieden bedanken voor de antwoorden en het overnemen van een aantal ideeën van de Kamer. Ik ben zeer blij dat het systeem van financiers via oormerking goed werkt. Het is tijdelijk, en wat ons betreft heel lang tijdelijk. Verder sluit ik mij van harte aan bij het betoog in tweede termijn van collega Hermann; daarin werd

de essentie nog eens op een rij gezet.

De heer **Udo** (VVD): Voorzitter. Ook ik bedank de bewindslieden voor de uitgebreide beantwoording. Inhoudelijk zijn er uiteindelijk weinig meningverschillen over de weg die wij moeten bewandelen ten aanzien van preventie in de volksgezondheid. Minister Borst heeft nog eens stilgestaan bij de relatie tussen gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars. Dat spreekt mij zeer aan. Zij heeft aangegeven dat er een nota komt inzake gezondheidsbeleid. Dat is heel belangrijk voor de communicatie met de burger.

Het nationaal contract, dat heel belangrijk is voor de collectieve preventie, zal hopelijk een zwaankleef-aanefect hebben. Het zou verder kunnen worden doorgevoerd naar andere organisaties, zoals patiëntenorganisaties. Het is een goede zaak dat de bewindslieden met naam en toenaam de eigen verantwoordelijkheid van partijen sterk hebben benadrukt. De gemeenten besturen niet alleen; ook de zorgaanbieders, de verzekeraars en andere organisaties moeten worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid.

Ik heb nog een klein beetje zorg over de communicatie met de burger. De minister moet goed in de gaten houden dat de gewone burger in een gemeente voldoende bekend is, raakt en blijft met alle mogelijkheden ten aanzien van de collectieve preventie. De staatssecretaris heeft een uitstekend betoog gehouden over de breedtesportimpuls. Daarbij is een relatie met de collectieve preventie. De burger moet zich daarvan voldoende bewust zijn.

De minister heeft uitvoerig stilgestaan bij de vaccinatie tegen meningokokken. Wij gaan ervan uit dat zij de hoogste prioriteit geeft aan het zoveel mogelijk indammen en wegnemen van onrust bij de burger.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant van de SP-fractie heeft zich laten verontschuldigen, zodat de heer Buijs nu aan het woord komt.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik heb weinig woorden nodig. Ik bedank de regering voor de

Buijs

beantwoording en de gedane toezeggingen. Op één punt zijn de bewindslieden nog niet ingegaan, namelijk de preventieconsulent. In de brief van 27 november 2001 heeft de minister daarover een toezegging gedaan. Ik wil haar vragen daaraan nog enige aandacht te besteden. Verder zou de staatssecretaris nog aangeven hoe de voorlichting is geregeld op basis van artikel 7, lid b. Dit staat in de AMvB.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Ook ik sluit mij aan bij de woorden van dank aan het adres van de bewindslieden. Ik sluit mij geheel aan bij de woorden van collega Hermann, die het altijd prachtig weet te verwoorden. Dank ook voor de toezegging van de staatssecretaris om het amendement op stuk nr. 17 over te nemen en voor de toezegging van de minister om het voorstel betreffende het achterstandsfonds te betrekken bij het advies over de structurele inbedding van zorgconsulenten en voorlichting in de eigen taal. Blij ben ik ook met wat er is gezegd over de vaccinatie tegen meningokok. Er is een aantal redenen genoemd waarom een eigen bijdrage niet nodig is. Ik hoop dat de minister dat bij haar afweging betreft. Ik wijs in dit verband op wat de staatssecretaris heeft gezegd over de afschaffing van toegangsbijslagen voor de jeugd-GGZ. Dat was toch een van de mooie resultaten van Paars II. In dit verband nog een hartenkreet aan het adres van de staatssecretaris om de beroepsgroep nauw te betrekken bij alle ontwikkelingen in de toekomst. De beroepsgroep heeft geen grote lobby achter zich, maar heeft veel deskundigheid en is erg nauw betrokken bij alles wat met kinderen te maken heeft. Die ervaring mag niet verloren gaan.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter. Het verheugt mij dat wij het zodanig met elkaar eens zijn dat slechts een korte tweede termijn nodig is. Ik beantwoord de sprekers in volgorde van optreden. Mevrouw Hermann sprak over dossiers, maar naar mijn beste weten is het aan de Kamer om die te openen en te sluiten. Daar mogen wij ons niet mee bemoeien. Kortom, ik ga ervan uit dat haar oproep meer

aan het adres van haar collega's was gericht. De GGD-brochure waaruit zij voorlas, is ons bekend. Zij ging nog in op de tien grote successen in de public health. Mevrouw Hermann weet dat er epidemiologische fasen zijn in de gezondheidszorg. In de eerste helft van de vorige eeuw werden grote successen in de public health geboekt. Met maatregelen werd een indrukwekkende sterftereductie bereikt en werd de gezondheid sterk verbeterd. Op dit punt kunnen wij nu kleinere stappen zetten, maar wij zijn zeker nog niet aan het einde. Wij moeten daar dan ook mee doorgaan. Daarbij moeten de successen van de vorige eeuw niet worden verwaarloosd. Zo baart het mij zorgen dat sommige ouders nu schijnen te denken dat vaccinatie niet meer nodig is omdat ziekten niet meer voorkomen. Daarbij vergeten zij dat de verwekkers ervan nog wel voorkomen.

Mevrouw Hermann bepleitte om soa en tbc in de wet op te nemen. Immers, ze komen al millennia voor en zullen er altijd blijven. Dat ben ik geheel met haar eens, maar als wij het regelen via een AMvB, is het gemakkelijker nieuwe ziekten op te nemen. Het oordeel over het desbetreffende amendement laten wij echter aan de Kamer over. Als die het aanneemt, zullen wij dat verwerken. In het amendement onder nr. 10 is het tweede deel van de zin onder punt 4 verdwenen. Het oordeel van de regering verandert daardoor niet. Wij hebben er geen bezwaar tegen. Er staat nu: Hij – dat ben ik dan – draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur. Wat daarna kwam – dat de minister ook nog van alles moet inbedden – is geschrapt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De Koning heeft ministers die met "hij" worden aangeduid. Wat mij betreft zou het goed zijn als voortaan de Koningin al haar ministers met "zij" aanduidde, ook wanneer zij van een ander geslacht zijn, maar dat heeft niet direct betrekking op dit wetsvoorstel.

De **voorzitter**: De historische achtergrond hierbij is dat de Koningin in de Grondwet ook wordt aangeduid als de Koning. Wat dat betreft is er een evenwicht.

Minister **Borst-Eilers**: Ik geloof dat

dit geen punt van grote twist hoeft te zijn.

Mevrouw Van Vliet dank ik voor haar opmerkingen, evenals de heer Udo. Ik hoop met hem dat het nationaal contract een zwaan-kleef-aanefect heeft. Dat is een heel mooie uitdrukking; die zal ik er ook in houden.

Aan de communicatie naar de burger toe zal ik aandacht blijven geven, want ik zei wel dat dit volgens mij heel goed kon in de gemeentelijke democratie, maar dat wil niet zeggen dat het ook altijd gebeurt.

Wat betreft het punt van de meningokokken, waarover mevrouw Arib sprak, merk ik op dat het er inderdaad méér om gaat de onrust bij de burgers weg te nemen dan dat er nu puur epidemiologisch een reden is voor de inhaalcampagne en voor het zoveel mogelijk naar voren halen van de opname in de rijksvaccinatieprogramma's, zoveel althans als de vaccinleverancier kan aanleveren. Op het punt van een eigen bijdrage zal ik de gedachte van de Kamer meenemen in de verdere besprekingen.

De heer Buijs vroeg aandacht voor de preventieconsulent. Dit takenpakket wordt opgenomen in het uniforme deel. Ik heb aan GGD Nederland gevraagd – die vraag heb ik verzuimd te beantwoorden in de eerste termijn – om naar aanleiding van de CDA-motie een voorstel uit te werken voor de functie van preventieconsulent op scholen. Ik wacht dit voorstel af en daarna zullen de staatssecretaris en ik bezien hoe wij dat kunnen inbedden in het basistakenpakket.

□

Staatssecretaris **Vliegthart**: Voorzitter. Ik kan kort antwoorden. Ik zeg de Kamer dank: wij zijn het helemaal met elkaar eens over wat er allemaal moet gebeuren.

Mevrouw Arib was ik nog een antwoord verschuldigd waarin de heer Buijs inmiddels heeft voorzien: de voorlichtingstaak ligt vast in het besluit, namelijk in artikel 7. Ook dat is derhalve geregeld.

Met de opmerkingen over het belang van de betrokkenheid van de beroepsgroep ben ik het van harte eens. Wij hebben in het hele proces, ook bij de uitwerking van het basistakenpakket, de beroepsgroepen zeer nauw betrokken. Met alles wat

Vliegenthart

daar aan positieve woorden over is gesproken, kan ik het alleen maar eens zijn: er is sprake van grote betrokkenheid en deskundigheid, en daar hebben wij in de uitwerking van dit traject heel veel aan gehad.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de bewindslieden voor de gegeven inlichtingen. Over de amendementen en het wetsvoorstel zal dinsdag a.s. worden gestemd.

Sluiting 18.55 uur



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

1. de volgende brieven:

twee, van de minister van Buitenlandse Zaken, te weten:
een, ten geleide van het Verdrag inzake sociale zekerheid tussen de regering van het Koninkrijk der Nederlanden en de regering van Nieuw-Zeeland; 's-Gravenhage, 30 juni 2000 (28278);
een, ten geleide van het Tweede Protocol tot wijziging van de Overeenkomst tussen de Regering van het Koninkrijk der Nederlanden en de Regering van Nieuw-Zeeland tot het vermijden van dubbele belasting en het voorkomen van het ontgaan van belasting met betrekking tot belastingen naar het inkomen, met Protocol, ondertekend te 's-Gravenhage, op 15 oktober 1980; Wellington, 20 december 2001 (28279);
een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van zeven fiches die werden opgesteld door de Werkgroep Beoordeling Nieuwe Commissievoorstellen (BNC) (22112, nr. 227);
twee, van de minister van Justitie, te weten:
een, ten geleide van een reactie van het kabinet op het rapport van de International Narcotics Control Board (24077, nr. 103);
een, over de bestrijding van vuurwapencriminaliteit (28000-VI, nr. 60);
een, van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, over het onderzoek topinkomens in de (semi-)publieke sector (28000-VII, nr. 53);

een, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ten geleide van de eindrapportage Onderwijs on line (25733, nr. 82);

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, over het bekostigingsstelsel materieel (BSM) voor vo-scholen (24806, nr. 4);

vier, van de staatssecretaris van Defensie, te weten:
een, over het onderzoeken van verplaatsing militaire activiteiten uit het Waddengebied (26431, nr. 62);
een, over de parate sterkte van het Korps mariniers (26900, nr. 49);
een, over de grondgebonden luchtverdediging van de Koninklijke landmacht en Koninklijke luchtmacht (26900, nr. 50);
een, over het project Vervanging vuurmonden M114 en M109 door de PzH2000 (28000-X, nr. 26);

een, van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, over de aanbestedingspraktijk bij de overheid (28093, nr. 28);

een, van de minister van Verkeer en Waterstaat, over capaciteitsconflicten spoorvervoer (28000-XII, nr. 62);

een, van de minister van Economische Zaken, over de motie inzake Vervoerkamer NMa en de behartiging consumentenbelangen openbaar vervoer (27639, nr. 59);

een, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, ten geleide van de nota Dierenwelzijn (28286);

een, van de staatssecretaris van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, over toezeggingen begrotingsbehandelingen inzake agrarisch natuurbeheer (28000-XIV, nr. 77);

een, van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van de tweede nota van wijziging (25035, nr. 8);

twee, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, te weten:

een, inzake actieplan Zorg verzekerd (27488, nr. 2);

een, over het lot van de slachtoffers van Volendam (27575, nr. 16);

een, van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ten geleide van de voortgangsrapportage PGB (25 657, nr. 22);
een, van de voorzitter van de vaste commissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, inzake een onderzoek naar mogelijk oneigenlijk

gebruik en misbruik van bekostigingsregelingen in het hoger onderwijs en de BVE-sector (28248, nr. 12).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, inzake doorvergoeding ABB gemeente Achtkarspelen;
een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, ten geleide van MAP-Milieu 2002-2005;
twee, van de minister van Economische Zaken, te weten:
een, inzake de toets op het concurrentievermogen;
een, inzake Economierapportage april;
een, van de staatssecretaris van Economische Zaken, inzake evaluatie Wet kamers van koophandel en fabrieken;
een, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, ten geleide van het verslag SLOA 1999-2000;
een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, inzake projectgroep bovenregionaal vervoer voor gehandicapten;
een, van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van het onderzoeksrapport "Roken op het werk 2000";
twee, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, te weten:
een, ten geleide van het rapport "THC-concentraties in nederwiet in Nederlandse coffeeshops (2001 Extra)";
een, inzake salariseisen apothekers;
een, van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ten geleide van een afschrift van een brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer inzake deregulering.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies en niet te drukken;

3. de volgende brieven:

een, van de stichting Natuurverrijking, inzake bezwaar verlenging glyfosaat;
een, van Novi"ei", inzake verkoop van eieren aan consumenten;
een, van R.N. Molenaar, inzake neutraliteit Rijksmuseum;