

Klink

Wat ik zo-even beschreef, zijn bestaande bepalingen. Op dit moment is bij het afsluiten van de zorgverzekering nog niet altijd duidelijk voor de consument welke zorgaanbieder er is gecontracteerd, omdat de zorgverzekeraars vaak nog in een later stadium zorg contracteren. Daar zit nog wel een probleem. De NZa onderzoekt of het mogelijk is om de contracteercyclus beter te laten aansluiten op de overstapperiode. Daarbij zal bijvoorbeeld worden nagegaan of het mogelijk en wenselijk is dat verzekeraars pas met een polis op de markt komen als het inkoopproces is afgerond. Het onderzoek naar die contracteercyclus bevindt zich momenteel in een afrondende fase. De uitkomsten worden opgenomen in de Monitor zorgverzekeringsmarkt die in juni 2008 verschijnt. Ik zal de Kamer hierover informeren.

Met andere woorden: er zijn bestaande verplichtingen, er loopt een aantal trajecten voor de handleiding over de informatievoorziening en er loopt een onderzoek naar de aansluiting van de contracteercyclus. Ik zal de Kamer daarover zo spoedig mogelijk informeren. Ik laat het oordeel over deze motie gaarne over aan de Kamer.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Wij zullen aanstaande dinsdag stemmen over de ingediende moties.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid) (31316).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. In het wetsvoorstel waarover wij vandaag spreken, worden de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Quarantainewet en de Infectiewet samengevoegd. Dit is nodig omdat de afspraken van de Wereldgezondheidsorganisatie, zoals vastgelegd in de Internationale gezondheidsregeling, voor 1 juli 2008 wettelijk verankerd moeten zijn. Met dit wetsvoorstel krijgt de minister bij het uitbreken van ernstige infectieziekten, de categorie A, meer mogelijkheden voor centrale sturing. De meldingsplicht wordt ook uitgebreid.

De minister stelt zelf ook dat herziening van deze wetten nodig is. Ik citeer: "De versnippering van de infectieziektenregelgeving en de deels achterhaalde inhoud ervan staan een adequate bestrijding van infectiecrises in de weg." Niemand wil dat ernstige problemen op dit vlak niet goed geregeld kunnen worden, dus als dit wetsvoorstel een verbetering inhoudt, dan ben ik het natuurlijk ermee eens dat het beter geregeld wordt. De Wet collectie preventie volksgezondheid is echter in haar geheel in dit wetsvoorstel opgenomen en dat is nu net een wet waarvoor ik nog wel wat wensen had die ik vandaag wil uiten. Dit lijkt mij een goed moment om de punten die ik zou willen verbeteren, naar voren te brengen. Ik heb op die punten ook amendementen ingediend.

Het eerste amendement betreft de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dat is een hardnekkig verschijnsel. Mensen die arm zijn en in armere wijken wonen, gaan eerder dood en leven minder lang gezond dan mensen die in ons land veel beter af en rijker zijn. Wij weten dat allemaal en hebben daarover eerder gesproken. Iedereen vindt eigenlijk dat het onacceptabel is en dat het doel moet zijn om die verschillen te verkleinen. Ik begrijp dan ook niet waarom dat in de wet publieke gezondheid geen doelstelling is. Ik heb een amendement ingediend om echt dat doel te stellen. Het gevolg daarvan zou zijn dat gemeenten in de gezondheidsplannen die zij vierjaarlijks opstellen ook doelstellingen moeten formuleren, bijvoorbeeld hoe zij van plan zijn om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen.

Ik geef een citaat van de woorden die de minister sprak bij de presentatie Gezond zijn, gezond blijven: "Mijn visie is dat een gezond Nederland eraan bijdraagt dat Nederland een welvarend land is en blijft. De gezondheidszorg onderhoudt menselijk talent en draagt eraan bij dat Nederland in de top staat van Europa. Een land waar de verschillen in gezondheid tussen groepen klein zijn." Ik viel even over "klein zijn". Dit is een welvarend land maar in dat welvarende land heeft de dikte van je portemonnee blijkbaar nog effect op de kans dat je eerder dood gaat. Dat is niet klein, dat is groot. Het is ernstig en ik wil daaraan graag iets doen. De cijfers zijn nog steeds vrij hardnekkig. Het gezondheidsgat tussen arm en rijk verkleint ook niet. Wij zijn het erover eens dat er iets moet gebeuren, maar ik begrijp niet waarom deze doelstelling niet in dit wetsvoorstel staat en vandaar mijn amendement. Ik begrijp niet waarom dit kabinet op dit punt geen doelstelling en geen ambitie heeft.

Ik ben in het afgelopen meireces een paar dagen in Londen geweest om te kijken wat men daar doet aan de bestrijding van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik weid daarover nu niet uit; dat doen wij wel als wij er hier uitgebreid over spreken. Het Britse kabinet heeft een ambitie neergelegd en gezegd dat het die gezondheidsverschillen gaat bestrijden. Er wordt een plan gemaakt dat door alle ministeries wordt gedragen, want daarin schuilt natuurlijk het probleem. Het probleem betreft niet de gezondheidszorg, maar de armoede, de woonomstandigheden, de situaties in de wijken, de omgeving waarin kinderen opgroeien, het gebrek aan buitenspeelruimte, de voeding en de opleiding. Dat zijn natuurlijk de elementen die bijdragen aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen en dat is precies waarom Engeland een ministerie-overschrijdend plan van aanpak heeft voor de planmatige bestrijding van deze verschillen. Zo'n inzet zou ik nu zo graag ook van dit kabinet zien. De minister komt voor het zomerreces met een plan. Misschien kan hij vandaag alvast zeggen wat zijn ambitie is. In ieder geval moet het in de wet worden vastgelegd.

Iets anders wat ik graag vastgelegd zou zien in de wet, is de aandacht voor ouderen. Jongeren zijn in de Wet collectieve preventie volksgezondheid aangewezen als doelgroep, maar ouderen niet. Dit was wel een aanbeveling van de themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer, die jarenlang goed werk heeft verricht. Deze aanbeveling volgde uit de conclusie dat preventie belangrijk is voor de ouderen in de buurten. De staatssecretaris reageerde heel positief tijdens het debat

Kant

over het rapport van de commissie. Ik heb destijds geen motie op dit punt ingediend omdat ik dacht: dat komt wel goed. De staatssecretaris suggereerde dat zij met een aanpassing van de wet zou komen, maar helaas is het niet opgenomen in dit wetsvoorstel. Daarom heb ik een amendement ingediend om ouderen als specifieke doelgroep in de Wet collectieve preventie volksgezondheid op te nemen. Daar reageert de minister straks natuurlijk op.

De GGD en de gemeente krijgen steeds meer taken op het terrein van de publieke gezondheid, maar niet meer geld. Dat gaat wringen. Wat is de reactie daarop van de minister? Zij moeten financiële mogelijkheden krijgen om meer te doen, bijvoorbeeld bij de infectieziektebestrijding. In een eerder debat over dit onderwerp heb ik gesteld dat er eigenlijk weer een openbaar gezondheidsfonds moet komen, dat lokale GGD'en kan stimuleren om samen met gemeenten projecten op het terrein van de publieke gezondheid te starten. Daarbij kan het onder andere gaan om het punt dat ik zojuist noemde, het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Wil de minister overwegen om het openbaar gezondheidsfonds in ere te herstellen?

Mijn laatste punt is de bestrijding van ernstige epidemieën, zoals een vogelgriep-epidemie. De beschikbaarheid van antivirale middelen blijft bij mij vragen oproepen; hierover hebben wij eerder vragen gesteld. Bij een dergelijke uitbraak moet er snel worden gehandeld. Er ligt nu voor ongeveer 50 mln. aan middelen opgeslagen. Daarnaast zijn er afspraken op basis waarvan Nederland bij een uitbraak snel kan beschikken over voldoende antivirale middelen. Zijn er op zo'n moment ook antivirale middelen beschikbaar die effect hebben? Iedereen wil dat er middelen zijn om de bevolking te beschermen, maar het moet wel zin hebben. Wil de minister bekijken welke middelen beschikbaar zijn en hoe effectief ze zijn? Een voorbeeld van zo'n middel is Tamiflu. De belangrijkste deskundige op dit gebied, de heer Osterhaus, heeft gezegd: "Van de 148 virusmonsters die de afgelopen maanden in tien Europese landen werden verzameld, blijken er negentien resistent voor Tamiflu." Wij moeten niet om mensen gerust te stellen voor 50 mln. aan antivirale middelen inslaan, terwijl die niets doen. Wil de minister toezeggen, met een kritische analyse te komen van dit aspect van de infectieziektebestrijding? Ook Relenza is middel waarvan de effectiviteit discutabel is. Je kunt dit soort middelen massaal inslaan en uitdelen bij een epidemie. Dat lijkt de veiligheid te vergroten. Als zo'n middel er alleen voor zorgt dat mensen twee dagen korter ziek zijn en geen effect heeft op de overlevingskansen of de gevolgen van de ziekte, is het echter onzinnig om te doen.

□

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Wij spreken vandaag over de aanpassing van de Internationale Gezondheidsregeling. Formeel is het niet eens nodig dat het parlement daarover een uitspraak doet. De minister zou dit rustig kunnen aanpassen zonder de Staten-Generaal in te schakelen. Hij heeft er echter voor gekozen om drie oude wetten in één nieuwe wet te gieten, en komt daarvoor natuurlijk wel bij ons langs. Het is altijd goed om te bekijken of bestaande regelgeving nog up-to-date is en deze zo nodig aan te passen. De uitbraak van bijvoorbeeld SARS en de vogelgriep zijn zaken op grond

waarvan de WHO heeft gezegd dat aanpassingen nodig zijn. De wereld is veranderd qua infectieziekten. Gevaren zijn veranderd, dus wij hebben andere maatregelen nodig.

Overigens is het opvallend dat in het stuk staat dat onze regelgeving op 15 juni 2008 in orde moet zijn. Dat is nog een maand en volgens mij moet de Eerste Kamer er ook nog overheen, dus de vraag is: gaat dat lukken? Maar dit even geheel terzijde.

Wij zijn op de goede weg. In het wetsvoorstel staan goede punten. Wij zijn het eens met de centrale rol die de minister krijgt. Als er sprake is van een nationale crisis of een regio-overstijgende crisis, dan heb je ook een centraal punt nodig. Het is goed dat dit geregeld wordt, ook in samenhang met al die andere wetten. Eerlijk gezegd sta ik er weer verbaasd van hoeveel wetten wij al hebben die hier betrekking op hebben: de Havennoodwet en noem alle andere wetten maar op.

Het is ook een goede zaak dat de rol van de burgemeester geformaliseerd wordt. Wij geven hierbij mee dat wij de opmerking van de minister ondersteunen dat in de toekomst de voorzitter van de veiligheidsregio die rol kan overnemen op het moment waarop de grenzen van de gemeentelijke gezondheidsdiensten overeenkomen met de grenzen van de veiligheidsregio. Probeer dat te laten overlappen; zorg ervoor dat er ook op dit punt eenheid van beleid is. Overigens vinden wij niet dat alle gemeentelijke gezondheidsdiensten per definitie tot één dienst voor dezelfde regio gemaakt moeten worden. Het gaat wat ons betreft om de buitengrenzen.

Wij hebben nog wat vragen over zaken die ons niet geheel duidelijk zijn. Hoe zit het precies met de gezondheidsverklaringen? Het verdrag laat open wat een gezagvoerder van een schip of een vliegtuig moet overleggen. Een land kan ervoor kiezen om standaard een gezondheidsverklaring te laten overleggen, of om alleen een gezondheidsverklaring te laten overleggen als er een aanleiding is, bijvoorbeeld omdat er in het land van vertrek een ziekte is uitgebroken. Een land kan er ook voor kiezen om standaard geen verklaring te laten overleggen. Dat leidt tot onduidelijkheid. Dit lijkt ons nu iets waar Europa een rol in heeft. Is hierover gesproken in Europa? Is hier in Europa iets over geregeld? Europa roept van alles als het om overgewicht gaat, waar Europa volgens mij helemaal niets mee te maken heeft, maar hier is wel een taak voor Europa weggelegd. In de memorie van toelichting wordt in punt 3.5 ook terecht aangegeven dat wij qua maatregelen erg afhankelijk zijn van de ons omringende landen. Het heeft weinig zin als wij strenge maatregelen nemen als andere landen dat niet doen. Als men via Duitsland alsnog Nederland binnenkomt, wat hebben maatregelen dan voor nut? Dus ook op dit punt vraag ik: wat is er geregeld met Europa?

Het College Bescherming Persoonsgegevens heeft aangegeven dat enkele zaken wringen met gegevensverstrekking. De minister heeft een aantal aanpassingen gemaakt. Hij zegt ook in het stuk dat hij die heeft doorgegeven aan het college, maar achter die mededeling staat dan een punt. Ik ga ervan uit dat het college heeft aangegeven tevreden te zijn met de aanpassingen die hebben plaatsgevonden, maar dat wordt niet geheel duidelijk in het stuk. Is het College Bescherming Persoonsgegevens nu tevreden met de aanpassingen op het gebied van verstrekking van patiëntgegevens aan de gemeentelijke gezondheidsdiensten?

Zijlstra

Ten slotte merk ik op dat wij een probleem hebben met het volgende. Het is een samenhangend stuk, dat goed te volgen is. De logica zit erin, maar in één keer wordt er, onder het kopje "digitale gegevensverstrekking", gesproken over het elektronisch kinddossier. Dat komt een beetje als een dief in het donker het stuk binnengefietst. De Raad van State maakt daar ook een opmerking over. Waarom wordt het elektronisch kinddossier in één keer in dit wetsvoorstel geregeld? In de memorie van toezicht wordt gezegd dat die zaak nog niet echt geregeld wordt, omdat er nog nadere wetgeving overheen zal komen. Die opmerking is terecht, want de financiën moeten nog geregeld worden en wij moeten nog kijken naar de privacyaspecten. Dus waarom op dit moment het elektronisch kinddossier opnemen? Het is veel verstandiger om, zoals gebruikelijk is in dit huis, op het moment dat wij de wet over het elektronisch kinddossier aan de orde krijgen, te zeggen dat die wet een nadere aanpassing van de Wet publieke gezondheid vereist. Op dat moment moeten wij de zaak regelen en niet nu, vooruitlopend op die situatie. Daarom ook hebben wij het amendement ingediend op stuk nummer 11, om dit deel uit het wetsvoorstel te schrappen. Wij moeten eerst de financiën voor bijvoorbeeld de gemeenten regelen, alsmede de privacyaspecten, voordat wij het elektronisch kinddossier in de wet vastleggen.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De SGP-fractie vindt het een goed streven dat met dit nieuwe wetsvoorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid drie bestaande wetten kunnen vervallen, omdat de materie ervan is geïntegreerd, opgenomen in dit wetsvoorstel. Dat is overigens ingediend naar aanleiding van de Internationale Gezondheidsregeling, de implementatie daarvan. Daartoe waren wij uiteraard gehouden. Modernisering van het beleid rondom publieke gezondheid is inderdaad van groot belang, maar samenvoeging van wetten betekent niet automatisch dat gemeentebestuurders, die er voor wat betreft hun verantwoordelijkheden nogal dichtbij zitten, nu wel op de hoogte zijn. Wat gaat de minister doen om die onbekendheid weg te nemen? Wordt er bijvoorbeeld over twee jaar nog eens bekeken hoe de gemeenten de wet uitvoeren?

Gezond zijn is een groot voorrecht en een bijzondere zegen van God. Juist zij die gezondheid moeten missen, komen er soms pijnlijk achter hoezeer wij het "normaal" vinden om gezond te zijn, terwijl slechts een klein ongemak het vermogen tot werken al helemaal weg kan nemen. Het is dan bijzonder mooi dat er hoogwaardige middelen zijn en bekwame mensen die ons terzijde kunnen staan.

Dit wetsvoorstel gaat in belangrijke mate over de bestrijding van infectieziekten. Wij zijn blij, te lezen dat de infectieziektebestrijding van hoge kwaliteit is. Dat neemt niet weg dat de gesignaleerde gebreken, onder meer de verbetering van de draaiboeken, ook vakkundig opgelost moeten worden. Het is altijd te wensen dat die draaiboeken nooit uit de kast gehaald hoeven worden, maar de overheid dient wel goed voorbereid te zijn op een eventualiteit, bijvoorbeeld een grote crisis. Wat is voor de minister de concrete doelstelling op dit terrein voor het eind van dit jaar?

Omdat de bestrijding van infectieziekten een belangrijk onderdeel van de wet is, zou het naar onze mening zinvol zijn om dat onderdeel ook uitdrukkelijk in de naam van de wet op te nemen. Daarvoor is niet gekozen. Waarom eigenlijk niet?

Het zal de minister niet verbazen dat de SGP-fractie blij is met de handhaving van de visie dat inenting niet verplicht kan worden. Dat is een zodanig in het leven van mensen ingrijpende behandeling dat die niet dwingend door de overheid mag worden opgelegd. Dat zou ook op gespannen voet komen met de Grondwet. Wij hebben daar onlangs in een vragenuurtje bij stilgestaan.

De minister heeft er niet voor gekozen om het rijksvaccinatieprogramma ook in deze wet te regelen, maar in de AWBZ te laten. Juist omdat in antwoord op onze vragen in het verslag benadrukt wordt dat dit programma deel uitmaakt van de jeugdgezondheidszorg, is het vreemd dat dit niet ook opgenomen wordt in deze wet. Zou deze wet geen logischer kader bieden dan de AWBZ? Ik vraag dit de minister niet alleen omdat het om preventieve zorg gaat, maar ook omdat de uitvoering vooral plaatselijk wordt gedaan.

De minister spreekt over congruentie tussen de gezondheidsregio en de veiligheidsregio. Daar is veel voor te zeggen. Wij moeten de systematiek niet moeilijker maken dan nodig is. Nu meldt de VNG ons dat er in de praktijk ook goedwerkende kleinere GGD-regio's zijn die binnen de veiligheidsregio vallen. Is het nu de bedoeling van de minister om daar schaalvergroting te bevorderen? Wat is daarvan de meerwaarde, als hij dat al voornemens zou zijn?

Mijn fractie verneemt ook graag van de minister op welke manier is gewaarborgd dat voor iedereen duidelijk is wanneer er opschaling plaatsvindt. Wij moeten koste wat kost voorkomen dat het wetsvoorstel het risico in zich bergt tot een stammenstrijd te leiden als het er echt om spant. Tegelijkertijd blijft het wel noodzakelijk om niet onnodig op te schalen. In dit licht vragen wij aandacht voor het voornemen van de minister om voorzitters van de veiligheidsregio's automatisch aan te wijzen bij infectieziekten. Betekent dit dat de burgemeester feitelijk geen rol meer heeft bij infectieziekten? Is deze opschaling noodzakelijk voor een goede infectieziektebestrijding?

In een andere brief worden wij erop gewezen dat de jeugdgezondheidszorg niet per definitie door de GGD plaatsvindt. De minister lijkt dat wel te suggereren. Is het de bedoeling van de minister om de jeugdgezondheidszorg verplicht via de GGD te laten verlopen? Waarom is in artikel 14 dan nog een keuzemogelijkheid voor het college gelaten? Nu lijkt de minister te zeggen: wij willen dat u het via de GGD doet en eventueel kan het ook op een andere manier. Wat is de achtergrond van deze keuze? Is de kwaliteit die deze instellingen leveren, beter als zij via de GGD werken dan als het op een andere manier geregeld is?

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Vandaag spreken wij over de publieke gezondheidszorg, een nogal abstract begrip waaronder veel zaken vallen. Het doel van de wet – dit is al gezegd – is om de internationale gezondheidsregeling te implementeren. Door internationale afspraken over infectieziektebestrijding moeten ook nationale regels worden aangepast. Het wetsvoorstel beoogt de

Arib

infectieziekteregeling die nu over drie wetten verspreid is, in één wet onder te brengen. De Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet worden samengevoegd. Dat deze herziening van regelgeving ook zonder de internationale gezondheidsregeling noodzakelijk was, is duidelijk. Een adequate bestrijding van infectieziekten is immers een belangrijke taak van de overheid. Een nationaal coördinatiepunt is in de huidige tijd van toenemende dreiging van nieuwe infectieziekten geen overbodige luxe. Ook het feit dat de minister bij een infectieziekte-crisis over meer bevoegdheden kan beschikken, is hard nodig.

De samenvoeging van de drie wetten is een goede zaak. Wij steunen dit wetsvoorstel dan ook. In de nota naar aanleiding van het verslag presenteert de minister een conversietabel. Volgens mij hebben wij samen met andere fracties gevraagd om in de nota ook te verduidelijken wat de meerwaarde van deze wet is. Kan de minister nog eens aangeven wat dit wetsvoorstel precies inhoudt en op welke onderdelen het verbeteringen met zich brengt, afgezien van het feit dat het gaat om implementatie van internationale afspraken?

Wij vinden het jammer dat de Wet publieke gezondheid vooral een bestuurlijke wet is geworden waarin met name procedurele afspraken zijn vastgelegd. Natuurlijk zijn deze ook nodig. Publieke gezondheid omvat echter heel veel meer. Wij zijn heel erg benieuwd naar een bredere visie van deze minister op publieke gezondheid in het algemeen. De sociaaleconomische gezondheidsverschillen en preventie en zorg voor bepaalde groepen in de samenleving komen niet echt terug in deze nota en dat vinden wij heel erg jammer. Zou de minister kunnen aangeven of hij bereid is zijn visie op publieke gezondheid te geven, dus niet alleen bestuurlijk en procedureel, maar ook inhoudelijk? Wat is er bijvoorbeeld nodig om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen en meer aandacht te geven aan bepaalde groepen die qua gezondheid achterlopen ten opzichte van anderen?

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij heeft de minister toegezegd dat dit plan er vóór de zomer komt. Ik wacht gespannen af wat het zal inhouden en of het concreet zoden aan de dijk zet. In het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, staan ook de doelstellingen van publieke gezondheid. Dit punt ontbreekt in de doelstellingen en dat vind ik een enorme omissie. Ik ben nog zoekende of dit misschien niet beter elders in de wet kan worden ondergebracht dan ik tot nu toe bedacht heb. Vindt mevrouw Arib ook dat een dergelijke doelstelling in het wetsvoorstel geformuleerd zou moeten worden?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ja, ik heb het amendement van mevrouw Kant gezien. Ik weet dat wij als PvdA altijd van mening waren en nog steeds zijn dat de sociaaleconomische verschillen teruggedrongen moeten worden. Gezondheidszorg – mevrouw Kant heeft dit zelf in haar inbreng genoemd – heeft ook te maken met de sociale omstandigheden waaronder mensen leven. De sociaaleconomische positie kan medebepalend zijn. Ik heb het amendement van mevrouw Kant gezien en ik denk dat het goed is dat de minister daarop inhoudelijk ingaat. Ik denk dat wij op dit punt niet veel van mening verschillen.

In het wetsvoorstel wordt vooral aandacht besteed aan de jeugd en dat is ook terecht. Ik kom hierop straks nog terug. Andere bevolkingsgroepen – collega Kant heeft dit al genoemd – zoals ouderen en allochtonen komen in dit wetsvoorstel helaas niet voor. Kan de minister aangeven wat precies de redenen zijn om deze groepen geen plaats te geven in dit wetsvoorstel? Dat allochtonen gemiddeld in een slechtere algemene gezondheidstoestand verkeren, is door verschillende instanties vastgesteld. Er is ook sprake van een toename van chronische ziekten onder allochtonen. Al in 1997 werd in de Volksgezondheid Toekomstverkenning aangegeven dat er grote gezondheidsverschillen bestaan tussen autochtonen en allochtonen. Ik zou graag van de minister willen weten wat zijn ambitie is om deze gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen terug te dringen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg constateerde in 2000 al dat het gevaar bestaat van een tweedeling en dat de zorg voor allochtonen minder toegankelijk en van een mindere kwaliteit is. Hierop zou ik graag een reactie van de minister hebben.

Bij bepaalde etnische groepen is ook sprake van vaker voorkomende, groepsgebonden gezondheidsproblemen en ziektebeelden. Het gaat soms om specifieke ziektebeelden, maar ook om algemene ziekten die een andere omvang of een ander verloop hebben bij bepaalde etnische groepen. Er bestaat daarnaast een aanmerkelijk verschil in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen. Welke verklaringen ziet de minister voor de geconstateerde verschillen in zorggebruik? Kan hij misschien een overzicht geven waaruit blijkt hoe dit precies in elkaar zit? Op welke wijze zou hij deze verschillen kunnen verkleinen of wegnemen? Met behulp van welke concrete maatregelen denkt hij dit te doen? Is hij bereid om dit najaar een nota naar de Kamer te zenden waarin ingegaan wordt op deze verschillen in het vóórkomen van gezondheidsproblemen en ziektebeelden bij verschillende bevolkingsgroepen, met daarbij een helder plan van aanpak om deze verschillen weg te nemen?

Onlangs is een discussie ontstaan over bijvoorbeeld etnische registratie. Er is, naar ik begrepen heb, een brief naar de staatssecretaris en de minister gegaan over het belang van registratie naar etniciteit als het gaat om bepaalde ziekten die specifiek zijn voor bepaalde etnische groepen. Ik zou graag van de minister horen hoe hij daarover denkt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Mevrouw Arib constateerde allerlei zaken die volgens haar niet in orde zijn. Zij vroeg de minister naar zijn mening daarover. Ik ben wel nieuwsgierig wat de PvdA-fractie hiervan vindt. Mevrouw Arib heeft hierover kennelijk diep nagedacht. Welke oplossingsrichting heeft zij in gedachten? Welke zaken wil de PvdA aanpakken om op te lossen wat volgens mevrouw Arib een probleem is?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Doelt u op de zorg aan allochtonen in het algemeen?

De heer **Zijlstra** (VVD): Bijvoorbeeld. U hebt net een hele rij opgenoemd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er zijn verschillende onderzoeken geweest waaruit blijkt dat er een verschil bestaat als het

Arib

gaat om de toegankelijkheid van de zorg. Natuurlijk is de zorg voor iedereen toegankelijk, maar het blijkt bijvoorbeeld dat er soms overconsumptie van huisartsenzorg plaatsvindt, maar veel minder zorgconsumptie bij andere zorginstellingen, zoals verpleeghuiszorg. In ziekenhuizen worden artsen en verpleegkundigen soms geconfronteerd met verschillende ziektebeelden waarvan zij weinig kennis hebben of waarbij sommige groepen andere eisen stellen. Bepaalde ziekten hebben echt te maken met afkomst, bijvoorbeeld de sikkelcelziekte, die veel bij Surinamers voorkomt, of bepaalde typen diabetes, die vooral bij Marokkanen en Hindoestanen voorkomen. De zorg is daarop niet altijd toegerust. Wij hebben hierover eerder debatten gehad. Ik merk dat een visie daarop ontbreekt en dat er geen concrete maatregelen zijn; de zorg moet daarvoor eigenlijk zelf een oplossing vinden.

De heer **Zijlstra** (VVD): U had het erover dat bijvoorbeeld allochtonen minder gebruikmaken van de zorg. Er zijn grote verschillen. Hoe wilt u deze wegnemen? Wilt u een apart toegangsbeleid voor allochtonen? Ik kan mij dat niet voorstellen. De Nederlandse gezondheidszorg is voor iedereen toegankelijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Gelukkig.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij hebben dat in dit land bijzonder goed geregeld. Het maakt in Nederland helemaal niets uit hoe dik je portemonnee is, zeg ik mede tegen mevrouw Kant. De gezondheidszorg is toegankelijk. Waar zit nu het probleem dat u wilt oplossen, mevrouw Arib? Als dit volgens u zo'n probleem is, dan hebt u daarvoor vast zelf de oplossing. Die hoor ik niet. Geeft u de minister eens een richtlijn mee. Of verwacht u dat hij alles verzint? Als u het een probleem vindt, verwacht ik dat u ook nadenkt over de oplossing.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Daarover heb ik zeker nagedacht. Sterker, ik heb daarvoor in het verleden ook voorstellen gedaan. Het gaat mij er niet om dat er iets aparts moet komen voor allochtonen. Dat hebt u mij niet horen zeggen. Belangrijk is dat vanuit de zorg gelukkig steeds meer rekening wordt gehouden met de vraag van patiënten/cliënten. Mensen met een andere etnische afkomst hebben soms een andere vraag. Hoe ga je daarmee om? Allochtonen betalen ook premie. Zij hebben dus ook recht op kwalitatief goede zorg. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat dit niet altijd goed is geregeld. Ook daarvoor moeten wij, en vooral de minister, met een oplossing komen. Ik kan een aantal voorbeelden geven. Ik heb bijvoorbeeld een concreet voorstel gedaan over babysterfte, vooral bij allochtone kinderen. Ik heb begrepen dat de minister dit voorstel overneemt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik hoor alleen een opsomming van problemen. Ik blijf nieuwsgierig naar de oplossingen, maar misschien komen die ooit nog eens.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Kennelijk hebt u niet goed geluisterd. Het gaat mij erom dat de zorg toegankelijk hoort te zijn voor alle groeperingen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat dit niet voor iedereen het geval is, met name niet voor mensen van allochtone afkomst. Ik

vind dat zij evenveel recht hebben op een goede en kwalitatieve zorg als anderen.

De jeugdgezondheidszorg is een belangrijk onderdeel van het wetsvoorstel. Artikel 14 biedt de mogelijkheid om de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg over te laten aan een andere instantie dan de gemeentelijke gezondheidsdienst. Deze keuzemogelijkheid heb ik indertijd, volgens mij in 2000, via een amendement mogelijk gemaakt. Dat amendement is door de Kamer aangenomen. De wet is daarop gewijzigd. Veel gemeenten hebben de afgelopen jaren de uitvoering van de zorg door de zorgorganisaties laten plaatsvinden. De kwaliteit van de zorg is goed. Ouders zijn over het algemeen tevreden. Ik vraag mij daarom af waarom in de memorie van toelichting staat dat gemeenten, gezien de strekking van de wet, allereerst naar de GGD zouden moeten kijken voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Waarom staat dit zo in de memorie van toelichting? Heeft de minister een voorkeur voor uitvoering van jeugdgezondheidszorg door GGD'en en zo ja, waarom? Blijft de door de Kamer gewenste keuzemogelijkheid overeind?

Collega Zijlstra heeft ook een vraag gesteld over het College Bescherming Persoonsgegevens. Dit college is nogal kritisch over het wetsvoorstel. Het heeft twee punten van kritiek. Het is nog niet voldoende duidelijk hoe het elektronisch kinddossier er in de praktijk gaat uit zien, terwijl wel wordt uitgegaan van het verplicht gebruik ervan. Het College Bescherming Persoonsgegevens vraagt zich af welke argumenten de minister heeft om medische gegevens centraal op te slaan. Kan de minister hierop ingaan? Verder wijst het CBP erop dat het wetsvoorstel in strijd is met de eisen die de Wet bescherming persoonsgegevens stelt. Ik zou daarover graag duidelijkheid krijgen. De minister zegt dat hij wel rekening heeft gehouden met de kritiek en dat hij ook op onderdelen het wetsvoorstel heeft aangepast. Ik kan dit echter niet terugvinden. Misschien benoemt de minister dit in zijn antwoorden alsnog duidelijk.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. De Wet publieke gezondheid is er om de door de WHO aangenomen internationale gezondheidsregeling te implementeren, dat wil zeggen: nationaal te implementeren, met behoud van continuïteit in de infectieziektebestrijding over de grenzen en een duidelijke rolverdeling tussen de verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen Nederland en tussen die van ons land en van de landen om ons heen. Daar ligt een belangrijk vraagstuk voor de CDA-fractie. Onze vraag over de rol van de Europese Unie bij de infectieziektebestrijding is uitgebreid beantwoord, maar het wordt er niet duidelijker op.

De Europese Commissie kan niet-bindende aanbevelingen geven voor Europees beleid. Dat is op het gebied van infectieziektebestrijding pas één keer gebeurd, door middel van een aanbeveling over het terughoudend gebruik van antimicrobiële middelen. Wij weten hoe daarmee in de landen om ons heen wordt omgegaan. Dit enige voorbeeld stelt ons dus niet gerust over de mogelijkheden van de Europese Commissie in een acute situatie, een dreigende uitbraak van een gevaarlijke infectieziekte. Een lidstaat is verplicht om de andere lidstaten en de Europese Commissie te informeren, als er sprake is van een dreiging van een uitbraak die mogelijk

Schermers

gevolgen heeft voor andere Europese staten. De Europese Commissie heeft de taak om coördinerend op te treden als er maatregelen nodig zijn op Europees niveau. Zij kan echter geen maatregelen afdwingen.

Ook aan de buitengrenzen van de EU is er onduidelijkheid. Als een dreiging mogelijk gevolgen heeft voor landen buiten de EU, moet dit op grond van de internationale gezondheidsregeling worden gemeld aan de WHO. Als de WHO na evaluatie van mening is dat inderdaad sprake is van een volksgezondheidsbedreiging van internationaal belang, wordt de informatie op de besloten website van de WHO geplaatst, maar alleen als het betreffende land daarvoor toestemming geeft. Voor de coördinatie op boven-Europees niveau kan de WHO aanbevelingen doen, maar ook deze zijn niet bindend. Het is toch wel een beetje een omgekeerde wereld: wij zorgen ervoor dat er goede procedures zijn om de dreiging van een gevaarlijke uitbraak vroeg te signalen en andere landen daarvan op de hoogte te stellen, maar daarna kan het gebeuren dat een land niet de juiste maatregelen wil nemen, waardoor de infectieziekte op bovennationaal niveau een dreiging blijft. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Een andere onduidelijkheid waarover de CDA-fractie zich zorgen maakt, is de bestrijding van infectieziekten op lokaal niveau. In de binnenkort aan de Tweede Kamer aan te bieden aanpassingswet veiligheidsregio's wordt de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van infectieziekten uit groep A eenduidig neergelegd bij de voorzitter van de veiligheidsregio's. Voor de bestrijding van de uitbraak van infectieziekten met nieuwe ziektebeelden of infectieziekten uit de groepen B en C is de burgemeester verantwoordelijk. Binnen de procedure bestaat de mogelijkheid om de verantwoordelijkheid van de burgemeester te laten overgaan naar die van de voorzitter van de veiligheidsregio's. De ziekten uit de andere groepen worden dan geplaatst in groep A waardoor die procedure gaat gelden. De minister hoeft dan vervolgens alleen de betrokken voorzitters van de veiligheidsregio's aan te sturen waardoor effectiever kan worden opgetreden. Vooral voor nieuwe ziektebeelden zou deze procedure naar de mening van de CDA-fractie niet nodig moeten zijn. Is het niet beter om de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van een uitbraak van een infectieziekte met onbekende ziektebeelden altijd te leggen bij de voorzitter van de veiligheidsregio's vanaf het begin? Dan is er vanaf het begin een eenduidige aanpak van problemen. Wij willen hierover graag een uitspraak van de minister. Wij willen weten of hij bereid is om dit in de aanpassingswet mee te nemen.

Om de bestrijding van infectieziekten op lokaal niveau goed mogelijk te maken, moeten de werkgebieden van de gemeenschappelijke gezondheidsdiensten overeenstemmen met de veiligheidsregio's. Gezien hetgeen ik hierover al gezegd, zal het niet verbazen dat het voornemen van de minister om via een aanpassing van de wet publieke gezondheid territoriale congruentie af te dwingen, de volle steun heeft van de CDA-fractie.

Tot slot nog iets over het EKD. Begrijpen wij het goed dat een deel van het EKD, namelijk de opbouw en de digitalisering, in deze wet komt in artikel 5, derde lid, en dat andere delen van het EKD, aangevuld met de verwijzingsindex, elders worden geregeld in de Wet op de jeugdzorg? Naast het feit dat al gememoreerd is dat het hier een vreemde eend in de tijd betreft, ook naar onze

mening, is het ook nog eens versnippering. Mijn fractie heeft daarmee grote moeite.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het is wat laat, voorzitter, en mijn excuses daarvoor, maar ik wil nog interrumperen over een punt dat al eerder passeerde. Mevrouw Schermers zei dat er een meldingsplicht richting Europa is en omgekeerd, als er iets is wat onrust rechtvaardigt. Dat is begrijpelijk. Maar dan moet het ook gaan om maatregelen. Het is mogelijk dat een lidstaat geen zin heeft om maatregelen te treffen die andere lidstaten graag zien. Vindt mevrouw Schermers werkelijk dat Europa een lidstaat daartoe kan verplichten? Wat heeft dat van doen met de autonomie van lidstaten? Daar is toch een spanningsveld.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Er is een spanningsveld. Enerzijds is er de zorgvuldigheid waarmee wij proberen in een vroeg stadium een dreigende uitbraak van een infectieziekte te voorkomen en hierover te communiceren met landen om ons heen en anderzijds is er geen enkele mogelijkheid – en je kunt nog erover praten hoe je het zou moeten doen – om het goed aan te pakken. Er is geen mogelijkheid om het af te dwingen. Ik heb daar een duidelijke discrepantie gesignaleerd. Dat is iets waar waar wij goed op moeten letten. Ik ben ook heel benieuwd wat de minister erover gaat zeggen.

De vergadering wordt van 11.35 uur tot 11.55 uur geschorst.



Minister **Klink**: Voorzitter. Wij spreken vandaag over het wetsvoorstel publieke gezondheid. Ik ben verheugd met de brede instemming die ook al bleek uit de schriftelijke inbreng. Ik vind dit een belangrijk startpunt voor plenaire behandeling. Aanleiding voor dit wetsvoorstel is inderdaad de nieuwe internationale gezondheidsregeling van de WHO op het terrein van de infectieziektebestrijding, uit 2005. Deze nieuwe internationale afspraken vervangen de oude internationale gezondheidsregeling uit 1969. Het beperken van risico's op internationale verspreiding van infectieziekten was en blijft het doel van deze internationale gezondheidsregeling.

Voor de lidstaten verandert er ondertussen toch wel heel wat. Zo worden er nu voor het eerst concrete eisen gesteld aan het systeem van infectieziektebestrijding. Ook moeten lidstaten plaatsen identificeren met een verhoogd risico op introductie of verspreiding van infectieziekten, en deze melden aan de WHO. Denk hierbij aan internationale luchthavens of havens. In deze plaatsen moeten extra voorzorgen worden getroffen om de verspreiding van infectieziekten te voorkomen of te beperken. Het wetsvoorstel publieke gezondheid biedt het kader om het systeem van infectieziektebestrijding in Nederland op deze punten aan te scherpen. Terecht werd gememoreerd dat er nu nog drie wetten zijn op het terrein van de publieke gezondheid, waarin de infectieziektebestrijding is geregeld. Het gaat dan om de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. De taken en bevoegdheden die op dit moment versnipperd over de drie wetten zijn geregeld, worden met dit wetsvoorstel in één wet neergelegd. Dit komt de inzichtelijkheid, de

Klink

bekendheid en dus de goede werking van dit soort regels ten goede. Het is één van de stappen die wij zetten in de richting van een betere bekendheid van de strekking van de wet en de bevoegdheden die daarmee zijn gemoeid.

Ik hecht groot belang aan het tot stand brengen van een optimale wettelijke structuur voor de infectieziektebestrijding. Dit om klaar te zijn voor bedreigingen zoals de griep пандemie. Daarom wil ik deze wetgeving zo snel mogelijk aanpassen en geen andere onderwerpen meenemen in dit wetsvoorstel. Dit is een van de redenen waarom wij ons hebben beperkt tot de implementatie van de internationale verplichtingen die voortvloeien uit de regelgeving.

Terecht zei de heer Zijlstra dat een en ander medio juni van dit jaar moet zijn geïmplementeerd, wat samenhangt met de internationale verplichtingen. Wij hopen dat het wetsvoorstel snel door de Eerste Kamer wordt behandeld. Het wetsvoorstel biedt natuurlijk wel een prima basis om later nieuwe elementen toe te voegen. Zo ben ik op dit moment al bezig met de voorbereiding van een aanpassing van de voorgenomen wet publieke gezondheid, zodat territoriale congruentie van GGD'en en de werkingsgebieden van veiligheidsregio's worden geregeld. Om dit te realiseren, moet echter wel eerst de Wet veiligheidsregio's tot stand zijn gebracht. Inmiddels is dat afgestemd met de collega van BZK. Die afspraak is opgenomen in de Wet veiligheidsregio's. Het voorliggende wetsvoorstel bevat drie centrale nieuwe elementen op het gebied van de infectieziektebestrijding. Het betreft de mogelijkheid van aansturing door de minister van VWS bij ernstige uitbraken van infectieziekten, of de dreiging daarvan, de uitbreiding van de meldingsplicht bij infectieziekten en de vereiste infrastructuur van infectieziektebestrijding, met name bij de havens en luchthavens. In het wetsvoorstel heb ik één nieuw element toegevoegd dat geen betrekking heeft op de infectieziektebestrijding. Dat betreft de verplichte digitalisering van de patiëntendossiers bij de gezondheidszorg. Mevrouw Schermers heeft gevraagd in hoeverre dit versnippering oplevert en of het geen vreemde eend in de bijt is. Dat is niet het geval aangezien het uiteindelijk om de jeugdgezondheidszorg gaat. Dit zorgt voor een kwaliteitsverbetering, namelijk de digitalisering zodat een soepeler overdracht van dossiers mogelijk wordt gemaakt. Het heeft een zelfstandige waarde los van het EKD en de discussies daaromtrent. Het gaat hierbij om het digitaliseren van bestanden, zodanig dat zij niet kwijtraken, dat de overdracht beter gaat en dat in feite op basis van de gegevens kinderen gevolgd kunnen worden.

De belangrijkste reden voor dit wetsvoorstel is de invoering van de nieuwe internationale gezondheidsregeling. Het wetsvoorstel is van invloed op de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de bestrijding van infectieziektebestrijding.

Mevrouw **Schermers** (CDA): U zegt zelf dat het toegevoegd is aan deze wet. Kunt u uitleggen waarom dat is gebeurd? Het is een kwaliteitsverbetering op een gebied dat niet zozeer deze wet regardeert. Het is er naar mijn gevoel wat kunstmatig aan toegevoegd. Waarom?

Minister **Klink**: Omdat in deze wet de jeugdgezondheidszorg geregeld wordt en omdat de wens en de behoefte om de gegevens te digitaliseren in feite al veel langer bestonden. Het heeft een zelfstandige

waarde, los van de ontwikkelingen rond het EKD. In die zin kun je dus ook nog niet zeggen dat er versnippering zal plaatsvinden. Op dit moment is dat, ook in termen van beleidsafwegingen, nog niet helder. Wel weten wij dat digitaliseren van de gegevens een zelfstandige waarde heeft, omdat het de gezondheidszorg voor jongeren ten goede komt. Als er één plek is waar dat geregeld zou moeten worden, is dat in deze wet. De discussie over het EKD dient nu dan ook losgekoppeld te worden van de digitalisering die wij nu proberen te realiseren.

Voorzitter. Als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel zullen artsen anders moeten gaan melden, wordt van havens en luchthavens verwacht dat ze de nodige voorbereidingen gaan treffen en moeten gemeenten internationaal geldende sanitaire certificaten afgeven aan schepen. Parallel aan dit wetgevingstraject ben ik daarom gestart met de invoering van de internationale gezondheidsregeling in de praktijk. Het RIVM coördineert dit op dit moment. In de memorie van toelichting is daarop vrij uitvoerig ingegaan. Alle activiteiten uit het invoeringstraject richten zich op inwerkingtreding per 15 juni 2008, de uiterste invoeringsdatum van de internationale gezondheidsregeling. Het is dus ook voor uitvoerende partijen belangrijk dat dit wetsvoorstel per 15 juni of zo snel mogelijk daarna van kracht kan worden. Het zou mij dus verheugen als deze Kamer dit wetsvoorstel voortvarend behandelt. Daar zijn wij inmiddels mee bezig en gezien de steun vanuit de Kamer, meen ik dat het niet direct een probleem zal zijn. Daarna komt de Eerste Kamer aan bod.

Mevrouw Kant heeft een amendement ingediend met betrekking tot onder meer de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het lijkt mij niet het juiste moment om de extra taken die zij voorstelt, zoals preventief ouderenbeleid en het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, in het wetsvoorstel op te nemen. Dit zijn taken die uitgevoerd moeten worden door de gemeenten en deze zijn niet voorbereid op deze nieuwe uitwerking. De organisatorische en financiële consequenties zullen dan eerst in beeld moeten worden gebracht. Daar ben ik op dit moment ook mee bezig. In de brief die ik reeds toegezegd heb en die de Kamer voor de zomer zal bereiken, zal specifiek worden ingegaan op de doelgroepen die te maken hebben met sociaaleconomische gezondheidsverschillen en achterstanden. Graag ben ik bereid te bezien of deze onderwerpen geschikt zijn om op te nemen in een wijziging van de dan tot stand gebrachte wet publieke gezondheid maar het huidige wetsvoorstel publieke gezondheid richt zich vooral op de aanpassing van de infectieziektebestrijding, noodzakelijk gemaakt door het in werking treden van de internationale gezondheidsregeling. Als uit de inventarisatie die ik nu doe en uit het document dat de Kamer voor de zomer krijgt, voortvloeit dat het toch zinvol is dit ook wettelijk zijn beslag te laten krijgen, zal ik de discussie graag dan voeren, maar niet in het kader van de wijziging die wij nu in het leven roepen vanwege de internationale verplichtingen die uit de IGR voortvloeien.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat lijkt mij een rare volgorde der dingen. De vraag is of dit kabinet vindt dat het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen een doelstelling zou moeten zijn in het beleid voor publieke gezondheid. Het lijkt mij dat het antwoord daarop "ja" is,

Klink

tenzij het "nee" is. Maar dat laatste lijkt mij sterk. Dat hebt u tot nu toe ook nooit zo geuit. Dan leg je dat dus als doelstelling vast en met de uitwerking bent u dan al bezig. Een prachtige volgorde der dingen, zou ik zeggen. U moet niet eerst in de praktijk kijken hoe wij het gaan doen en dan pas kijken of wij het als doelstelling in de wet opnemen. Volgens mij is wat ik wil de juiste volgorde.

Minister **Klink**: Ik keer het liever om. Ik kijk liever eerst in hoeverre beleid succesvol kan zijn en in hoeverre het zinvol is om een wettelijk aangrijpingspunt, dat u wilt creëren, in de wet op te nemen. Althans in die zin zinvol dat je een beleid kunt voeren waarbij de doelgroepenbenadering daadwerkelijk effect heeft. Dat doe ik liever dan dat ik nu met een wettelijke regeling kom en vervolgens krachtens die wettelijke regeling verplicht ben om eventueel een beleid in te zetten waarvan je later tot de conclusie moet komen dat je dat beter in het algemene volksgezondheidsbeleid mee kunt nemen, in plaats van in het specifieke beleid dat zich richt op sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Op dit moment wordt die inventarisatie gemaakt. Wij zullen daarna kijken in hoeverre dat een wettelijke verankering zou kunnen krijgen. Maar niet alles wat zinvol is, hoeft direct in de wet te worden opgenomen, al was het alleen maar vanwege het feit dat de overheid, ook gezien hetgeen in de Grondwet staat, verplicht is om de gezondheid in dit land te bevorderen. Dat slaat op alle groepen in Nederland, waaronder de doelgroepen die u net noemde.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik blijf het een vreemde manier van redeneren vinden. Wij behandelen vandaag deze wet en daarin wordt, terecht, in het kader van het doelgroepenbeleid jeugd genoemd. Gezondheidsbevordering staat er ook in. Waarom zou daar dan niet in staan het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Hoe u dat doet en wat de mogelijkheden en effecten zijn, is allemaal uitvoering. Ik hoop op dat punt ver te komen met u. Het uitgangspunt dat het een doelstelling is, kunnen wij vandaag toch bespreken? Er is volgens mij maar één reden om het niet in deze wet op te nemen en dat is dat u dat niet wilt en dat bestrijding van die verschillen geen doelstelling is in het beleid ten aanzien van de publieke gezondheid. Maar dan moet u dat hier eerlijk zeggen. Dan wilt u het niet in de wet opnemen, maar dan willen wij of mogelijk ook anderen, het wellicht wel. Dat is dan een politiek feit. Dat lijkt mij echter de enige redenering die hout snijdt.

Hetzelfde geldt voor het andere amendement. Jeugd wordt wel genoemd in de wet, maar de ouderen niet. Wij hebben daar uitgebreid over gediscussieerd. De staatssecretaris heeft zelfs toegezegd dat zij serieus zou kijken of de ouderen in deze wet konden worden opgenomen. Dat is helaas niet gebeurd. Ik zou werkelijk niet weten waarom ouderen niet als doelstelling in de Wet publieke gezondheid en het beleid op dat punt zouden kunnen worden opgenomen. Ik zie echt niet wat u daar tegen zou kunnen hebben. U kunt daar maar één reden voor hebben, namelijk dat u dit geen belangrijke doelstellingen vindt.

Minister **Klink**: Ik kan er meer dingen tegen hebben. Dat heeft te maken met het feit dat ik niet elke doelgroep die zich aftekent in het kader van het gezondheidszorgbeleid,

per se in de wet wil opnemen. Die afweging wil ik naderhand maken, want anders kunnen wij wel doelgroepen blijven benoemen. Ik heb tijdens de begrotingsbehandeling al wel de intentie uitgesproken, sterker nog ik heb de verplichting op mij genomen om nog voor de zomer met een beleidsnota te komen. Dat betekent echter niet dat elke doelgroep die wij kunnen onderscheiden, ook een wettelijke basis zou moeten krijgen. Dat gaat mij te ver. Dat gaat mij althans op dit moment te ver. Wij zijn nu met een verkenning bezig. De staatssecretaris heeft inderdaad gezegd dat zij naar het ouderenbeleid wil kijken. Daar voel ik in mee, maar deze wet regelt allereerst het implementeren van de internationale gezondheidsregeling. Vervolgens wil ik gaan kijken in hoeverre het zinvol is om bepaalde doelgroepen te onderscheiden, omdat het onderscheid dusdanig relevant is dat zij een plek in de wet verdienen.

De **voorzitter**: De minister vervolgt nu zijn betoog. Alles is al gewisseld, mevrouw Kant.

Mevrouw **Kant** (SP): Als ik nog een opmerking mag maken, kan dat wellicht een tweede termijn besparen.

De **voorzitter**: Hebt u echt een heel nieuw argument?

Mevrouw **Kant** (SP): Een conclusie. Maar misschien komt er toch nog wel een tweede termijn.

De **voorzitter**: Als u daar behoefte aan hebt, komt er een tweede termijn.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn conclusie is dat ik echt denk dat als wij een Wet publieke gezondheid aannemen en als daar de doelstelling van het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidszorg niet in staat, wij flink naast de pot pissen. Het is echt een omissie in een wet over publieke gezondheid.

Minister **Klink**: U trekt een conclusie die voorbarig is. Ik heb gezegd dat ik niet uitsluit dat wij dat in de tweede tranche van deze wet wel degelijk meenemen. Dat geldt voor het ouderenbeleid en dat geldt voor de groepen die u noemde. Ik ben daar niet principieel op tegen, maar ik wil vervolgens wel kijken in hoeverre het gerechtvaardigd is en of het een basis heeft, ook een beleidsmatige basis, om doelgroepen dusdanig te onderscheiden dat ze een aparte plek krijgen in de wet. Daar wil ik welwillend naar kijken, maar niet in dit verband, aangezien het nu gaat om het implementeren van een internationale regeling. Bovendien wil ik eerst inzicht krijgen in hoeverre die groepen vanuit gezondheidsoogpunt dusdanig markant zijn dat zij een aparte positie in de wet verdienen.

Mevrouw Kant vraagt hoe het zit met extra geld voor de GGD voor nieuwe taken. Dit wetsvoorstel creëert echter geen nieuwe taken voor de GGD. Het gaat met name om bevoegdheden. Er is overigens veel geïnvesteerd in de ondersteuning van de GGD door het RIVM. Die ondersteuning raakt de deskundigheid van organisaties die een en ander regionaal moeten uitvoeren, zoals de GGD. Voor implementatie is door mij geld uitgetrokken. Als ik bij een crisis een maatregel opleg, draag ik de financiële consequenties. Dat is al uitvoerig toegelicht in de memorie van toelichting.

Klink

De vragen van mevrouw Kant over beschikbaarheid en werving van antivirale middelen zijn op zichzelf goed te beantwoorden. Mevrouw Kant gaf al aan dat het antwoord op de vragen waarschijnlijk omvangrijk is. Als zij het goed vindt, stuur ik de Kamer hierover een brief. De effectiviteit van antivirale middelen, waarbij mevrouw Kant de vinger legt, is een punt van aandacht. Ik kom daarop graag later uitvoerig terug.

De heer Zijlstra vraagt in hoeverre de vrijheidsschalen voor landen meer Europese coördinatie of bevoegdheden met zich brengen. Landen kunnen immers standaard een document vragen, dat nooit doen of dat alleen doen als er aanleiding toe is. Mevrouw Schermers vraagt uitdrukkelijk naar de bevoegdheden van de Europese Commissie. De verhouding tussen Europa, de lidstaten en de WHO bekijk ik geïntegreerd.

De rol van de Europese Commissie op het terrein van infectieziektebestrijding is beperkt. Het is vooral een aangelegenheid van de lidstaten. Wel zijn er bindende afspraken over surveillance en vroege waarschuwing binnen de Europese Unie. Ook kan de Europese Unie stimulerende maatregelen treffen en speelt zij in de praktijk een belangrijke rol bij de coördinatie. Vanuit de professionele lijn, niet de politieke lijn, spelen de ECDC, als agentschap van de Europese Commissie, en de WHO een belangrijke rol bij gewenste afstemming en eenheid in beleid. Een voorbeeld is de ontwikkeling van richtlijnen en de gevalsdefinities. Ik noem ook het bevorderen van uitwisseling van informatie en het leveren van technische ondersteuning. De WHO gold tijdens de uitbraken van SARS en vogelgriep als een mondiale autoriteit op dit gebied. Lidstaten hebben heel wat uit te leggen als zij richtlijnen van de WHO of de ECDC niet opvolgen.

Voor verdergaande bindende maatregelen is nu onvoldoende basis in de Europese regelgeving. Hiervoor zou een duidelijke basis in het Europese verdrag moeten worden gecreëerd. Dat betekent dat lidstaten expliciet afstand moeten doen van een deel van hun soevereiniteit om op dit domein op te treden. Dat ligt juridisch en politiek buitengewoon lastig. De complexiteit ervan kan ik het beste illustreren door te melden dat ook Nederland pas met deze wet een markante en centrale sturing van de minister van VWS regelt op het gebied van infectieziektebestrijding. Dan spreek ik nog maar over wat er binnen onze eigen lidstaat aan vrijheidsgraden bestaat tussen gemeenten en rijksoverheid. Men kan zich voorstellen dat dit nog sterker geldt op Europees en mondiaal niveau. Dat is reden te meer om stevig te investeren in gezagsbasis en professionaliteit van Europa en de WHO.

Ik kan de Kamer melden dat de ECDC bij de Europese Raad in Slovenië vertegenwoordigd was toen het ging over infectieziektebestrijding. Daar was te zien dat de autoriteit en het gezag dat de ECDC ontleent aan een grote mate van professionaliteit, doorwerking heeft naar verschillende lidstaten. Nederland werd daarbij vaak als maat der dingen gezien. Door de regering van het Verenigd Koninkrijk is dat extra geaccentueerd in het licht van de bestrijding van MRSA. Nederland is maatgevend wat dat betreft. Vandaar ook de goede betrekkingen met de ECDC. Als wij Europa een sterk coördinerende of bepalende rol willen geven, moet het verdrag gewijzigd worden. Politiek is dat op dit moment niet haalbaar, voor zover het al wenselijk is. Ik moet er niet aan denken dat Europa beslist over het in quaran-

taine stellen van mensen in Breda, Alkmaar of waar dan ook!

De heer Zijlstra vraagt hoe voorzien wordt in de beveiliging van persoonsgegevens. Naar aanleiding van het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens zijn er aanpassingen doorgevoerd. Op grond van de in de Wet publieke gezondheid vast te stellen ministeriële regeling zullen eisen gesteld worden aan het opslaan en uitwisselen van informatie. De NEN 7510-norm voor de informatiebeveiliging in de zorg zal moeten worden toegepast door de GGD'en en de laboratoria en is gebaseerd op de in april 2005 gepubliceerde, internationaal geaccepteerde revisie van de code voor informatiebeveiliging.

De heren Zijlstra en Van der Vlies vroegen nog in hoeverre de schaalvergroting van de GGD'en betekent dat er één GGD per regio komt, of dat het meer gebiedscongruentie is, dus of de grenzen tussen de regio's congruent gemaakt zijn. Op dit moment voer ik gesprekken met de betreffende regio's en ik kom in de zomer met een plan van aanpak. Er wordt nu gesproken over de vraag in hoeverre er per regio één GGD kan gaan functioneren. Dat is dus min of meer de inzet, maar of het per se de uitkomst zal zijn zullen we in de zomer zien. Het antwoord op de vraag van de heer Zijlstra is dus dat de inzet één GGD per regio is.

Ik neem gelijk het amendement van de heer Zijlstra mee over de wettelijke invoering van het elektronisch kinddossier, via een separate wetgeving tot stand te komen. Wij willen geen verdere vertraging in de totstandkoming van een landelijk werkend elektronisch kinddossier voor de jeugdgezondheidszorg. Digitalisering is daarbij een noodzakelijke stap. Digitalisering heeft echter – ik gaf het zo-even al aan – ook een zelfstandige waarde. De informatie over kinderen – de medische dossiers – dient niet verloren te gaan en een snelle communicatie is noodzakelijk. Digitalisering is dus belangrijk en ook een noodzakelijke stap in de richting van het elektronisch kinddossier. De plicht die ingevoerd wordt, noodzaakt alle gemeenten en instellingen over te gaan tot de digitalisering. Zonder die plicht zal het langer duren voor alle gemeenten daartoe overgaan. Daar ligt de parallel met het elektronisch patiëntendossier. Er is toch een wettelijke stok achter de deur nodig wil dat gerealiseerd worden. De Wet publieke gezondheid is de wet waarin dit thuishoort, omdat het gaat om het digitaliseren van dossiers van de jeugdgezondheidszorg. Eigenlijk is het niet meer dan dat. De jeugdgezondheidszorg zelf is geregeld in de Wet publieke gezondheid. Daarom hoort ook de dossiervorming thuis in deze wet, maar dat heb ik zo-even bij de inleidende beschouwingen al gemeld aan mevrouw Schermers. Voor de financiering zijn middelen beschikbaar gesteld, conform de afspraken die gemaakt zijn tussen het Rijk en de gemeenten in een bestuursakkoord. Dat is naast een eerder incidenteel beschikbaar gesteld bedrag van 6,5 mln. een structureel bedrag olopend tot 20 mln. in 2011. Daarnaast zijn veel extra middelen beschikbaar gesteld voor de vorming van centra voor jeugd en gezin, waar de jgz deel van zal gaan uitmaken.

Voor wat betreft de privacy gelden voor de digitaliseringsplicht dezelfde regels als voor de huidige papieren dossiers. Ook bij de digitale dossiers zoals die nu voorgeschreven worden, is er geen toegang tot dossiers voor anderen dan de betreffende behandelaars. De instellingen en de zorgverleners zijn verantwoordelijk

Klink

voor het waarborgen van de privacy op basis van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister zegt dat de digitale gegevensopslag – even los van het EKD – ook nodig is. Maar in de memorie van toelichting wordt die koppeling een-op-een gemaakt. Ik kan mij niet voorstellen dat de minister – als hij niet de Wet publieke gezondheid ingediend had – op dit moment met een separaat voorstel was gekomen omdat de digitale gegevensopslag nu geregeld moet worden. Dat is ook de kern van het amendement. Wij bestrijden niet dat het eventueel in deze wet moet of dat het misschien naar digitaal moet. Wij zijn bezig met besluitvorming rond het elektronisch kinddossier. In het kader van die besluitvorming kan je vragen een aanpassing te maken in de Wet publieke gezondheid, waarbij misschien wel dezelfde tekst die er nu staat wordt opgenomen. Maar dat doe je in die discussie en niet nu voorafgaand. Het moet gebeuren in de goede volgorde. De minister loopt nu feitelijk voor de muziek uit.

Minister **Klink**: Ja, vandaar mijn inleidende woorden waarin ik vrij veel nadruk gelegd heb op de term dat het een zelfstandige waarde heeft. Los van het EKD heeft digitalisering van de gegevens een zelfstandige waarde. De hele discussie rondom het EKD – zoals over de reikwijdte ervan – zal ongetwijfeld nog plaatsvinden. Mijn antwoord was tweeledig. Ten eerste: als je het regelt, is de Wet publieke gezondheid – en dat is het antwoord op de vraag over de versnippering van mevrouw Schermers – de juiste plek. Ten tweede: moet het per se gekoppeld worden aan een discussie over het EKD? Ik zeg daarop: nee. Natuurlijk is het een belangrijke voorwaarde voor het EKD, maar los daarvan heeft digitaliseren een zelfstandige waarde. Dat heeft alles te maken met de wens van een goede gezondheidszorg en om de medische gegevens ook van kinderen graag ter beschikking te hebben op momenten waarop dat noodzakelijk is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Met alle respect, ik vind dit toch een licht theoretische discussie. Het wordt nu verplicht om het digitaal te doen. Iedereen weet welke discussie er loopt rondom het elektronisch kinddossier. Een gemeente of gezondheidsdienst gaat het niet op een willekeurige manier vastleggen. Ze gaan kijken naar de ontwikkelingen, omdat ze geen zin hebben om nu iets in gang te zetten en over een halfjaar ingehaald te worden door de realiteit. Theoretisch gezien hebt u wel gelijk, maar de realiteit is dat er ontwikkelingen rondom het elektronisch kinddossier zijn. Als je het nu verplicht, zal iedereen die nu zijn bestanden moet digitaliseren daarnaar kijken. Daarom is het wat ons betreft ook verstandig om het in dat dossier mee te nemen en niet nu al te regelen.

Minister **Klink**: Ik snap uw punt, maar als het nu een zelfstandige waarde heeft om het te digitaliseren? Wij hebben hele debatten over medische missers, wij hebben debatten over het niet tijdig aankomen van informatie bij de behandelend artsen of over onvolledige informatie, waardoor de zorg soms slecht is c.q. suboptimaal. Die digitalisering kunnen wij hier regelen en ik zie niet waarom wij dat dan ook niet zouden doen. Nogmaals, ik zie de samenhang met het EKD, het is een

belangrijke voorwaarde voor het EKD, maar ook al zou dat EKD er niet komen, die digitalisering is van belang en van waarde. Daarom moet ik de aanneming van het amendement ontraden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij bestrijden die waarde niet, maar u schrijft zelf in de memorie van toelichting dat de keuze voor het softwarepakket vrij is. Men gaat dan nu een softwarepakket invoeren omdat men volgens deze wet moet digitaliseren en misschien moet het over een halfjaar anders. Doe het dan in de juiste volgorde der dingen.

De **voorzitter**: Volgens mij zijn alle argumenten wel gewisseld. Ik vind dat de minister door moet naar zijn volgende punt.

Minister **Klink**: Het punt van de versnippering had ik willen behandelen rondom het EKD, maar daar heb ik al het een en ander over gezegd.

De heer Van der Vlies vroeg waarom in de naamgeving van deze wet de infectieziektebestrijding niet terugkomt. Ook vroeg hij naar de bekendheid van deze wet bij bestuurders en uitvoerders. Die zouden nu onvoldoende bekend zijn met het systeem van de infectieziekteregulering en dat is ook zo. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn nu inderdaad versnipperd over drie wetten en dat leidt tot onvoldoende kennis van degenen die hiermee moeten werken. Dat blijkt niet alleen uit oefeningen voor de bestrijding van infectiecrises, maar bijvoorbeeld ook uit het feit dat de gemeente Amsterdam tijdens de legionella-uitbraak vorig jaar meende op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid niet bevoegd te zijn om op te treden, toen verwees naar VROM en SZW en niet wist dat de nodige bevoegdheden in de Infectieziektenwet staan, ook voor legionella. Juist in situaties waarin snel optreden nodig is, dient er geen verwarring te zijn over de vraag wie wat moet doen. Deze wet schept helderheid door verantwoordelijkheden en bevoegdheden overzichtelijk bij elkaar te brengen. Ook de gewenste sturingsrol voor het rijk, de minister van VWS in dit geval, richting de decentrale overheden op het terrein van de infectieziektebestrijding komt het beste tot stand als die samenhang tussen taken en maatregelen zo duidelijk mogelijk wordt gemaakt. De minister stuurt weliswaar aan, maar gemeenten blijven overigens wel de uitvoerders. Juist daarom dient de wettelijke structuur de positie van de minister een plek te geven. Als het gaat om de vraag in hoeverre het een en ander helder is voor betrokkenen en met name voor gemeenten, denk ik dat deze wet door de uniformering daar een belangrijke bijdrage aan levert.

Wat betreft uw vraag in hoeverre de infectieziektebestrijding in de naam van de wet zou dienen terug te keren het volgende. Deze wet – dat bleek ook wel uit de discussie die wij net hadden over de digitalisering van de patiëntgegevens van jongeren – gaat over het hele domein van de publieke gezondheid. De bestaande taken uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid, zoals bevorderingstaken, waaronder technische hygiënezorg, medisch milieukundige zorg en uitvoering van de gezondheidsbevordering, alsook de jeugdgezondheidszorg staan immers ook in deze wet. De infectieziektebestrijding heeft weliswaar relatief veel artikelen nodig, maar dat komt door de vele verplichtingen en mogelijke inbreuken op rechten van burgers en

Klink

dus als keerzijde van de rechtsbescherming bij de infectieziektebestrijding. Dat doet niets af aan de kwalitatieve waarde van de andere artikelen die, hoewel minder in aantal, zeker zo belangrijk zijn. Het is om die reden dat de meer overkoepelende term van publieke gezondheid is gekozen. Eerlijk gezegd dat ik dat wij daarbij moeten blijven.

De heer Van der Vlies en mevrouw Arib hebben gevraagd waarom de jeugdgezondheidszorg ook door andere instanties dan de GGD kan worden uitgevoerd. Op dit punt is de wet in feite niet gewijzigd ten opzichte van de huidige praktijk. De jeugdgezondheidszorg wordt nu uitgevoerd door de GGD voor de 4- tot 19-jarigen. Voor de 0- tot 4-jarigen wordt dit meestal gedaan door de thuiszorgconsultatiebureaus. De wet wil deze mogelijkheden openhouden, wat betekent dat het college van burgemeester en wethouders zelfstandig kan kiezen. Zoals mevrouw Arib vraagt, blijft deze keuzemogelijkheid voor het inschakelen van zorgorganisaties nadrukkelijk open. Er verandert niets.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Indertijd is er bij de behandeling van de wet al uitgebreid over dit onderwerp gesproken; vandaar mijn amendement. Op de een of andere manier bestaat hierover onduidelijkheid. De thuiszorginstellingen vrezen waarschijnlijk dat zij straks het consultatiebureauwerk niet meer mogen doen. Dit is zo'n mooi systeem en de instellingen hebben de laatste jaren laten zien dat zij dit werk goed doen. Daarom wil ik de minister op het hart drukken dat wij ervoor moeten waken dat wij het kind met het badwater weggooiden. Dat risico moeten wij nu al vermijden.

Minister **Klink**: De ervaring leert dat ik de zorg van mevrouw Arib serieus moet nemen en ik zeg dit zonder knipoog. Ik benadruk dat die keuzemogelijkheid nadrukkelijk blijft bestaan. Ik zeg toe dat wij daarop zullen toezien. Zo nodig zal ik dit nog eens met minister Rouvoet en anderen wisselen.

De heer Van der Vlies heeft verder gevraagd naar het rijksvaccinatieprogramma. Waarom is dit bij de AWBZ ondergebracht en niet in deze Wet publieke gezondheid? Het opnemen van het rijksvaccinatieprogramma in de Wet publieke gezondheid is op dit moment onderwerp van onderzoek. Ik kom hier zo snel mogelijk op terug. Overigens werkt het RVP op dit moment uitstekend. Daarom ben ik ook voorzichtig met wijzigingen in het systeem, maar dat is iets anders dan de vraag in hoeverre de wettelijke verankering niet meer op zijn plek zou zijn in de Wet publieke gezondheid. Daarover wordt op dit moment van gedachten gewisseld.

Met de Wet publieke gezondheid zoals die nu voorligt, zal de minister van VWS de burgemeesters aansturen bij een infectieziektecrisis. De burgemeesters hebben op grond van de Wet publieke gezondheid diverse verregaande bevoegdheden om op te treden. Om te verzekeren dat de bevoegdheid tot handhaving van de openbare orde en de bestrijding van een infectieziektecrisis in een hand blijven, wordt in de binnenkort aan de Tweede Kamer aan te bieden Aanpassingswet veiligheidsregio's voorzien dat de bevoegdheden van de burgemeesters bij de bestrijding van infectieziekten uit groep A komen te berusten bij de voorzitter van de veiligheidsregio's. De minister van VWS zal dan in plaats van alle betrokken burgemeesters, de betrokken voorzitters van de regio's

aansturen ter zake van het bestrijdingsbeleid. Op deze manier wordt een effectiever optreden mogelijk.

Dan heeft de heer Van der Vlies nog gevraagd naar de rol van de voorzitter van de veiligheidsregio's. Vooruitlopend op de discussie die nu nog niet hoeft te worden gevoerd, wil ik wel twee redenen geven waarom ik niet in het voorstel kan meegaan om direct op te schalen als zich onbekende ziekten aandienen. In de eerste plaats zijn veel uitbraken van nieuwe virussen niet bedreigend voor de volksgezondheid. Daarom past dit niet bij de taken van de voorzitter van de veiligheidsregio's. Het is dan een taak van dagelijkse zorg. Het zijn ook niet altijd bovenlokale c.q. regionale risico's die zich aandienen.

In de tweede plaats is het ongewenst dat voorzitters een eigen invulling geven van de vraag wanneer zij bevoegd zijn. Dit zouden zij kunnen ontleenen aan het feit dat zij met een onbekend virus of een onbekende ziekte te maken hebben. Dit zou haaks staan op dit wetsvoorstel dat is gericht op het tegengaan van versnippering door middel van centrale regie. Daarom is er bewust voor gekozen om de beoordeling van de ernst van een ziekte op centraal niveau te leggen. Zodra blijkt dat er sprake is van een ernstige ziekte, kan iedere ziekte onmiddellijk in groep A worden geplaatst. Dit geldt dan voor heel Nederland en daarmee komt de regiefunctie van en de centrale sturing door de minister van VWS in beeld. Er is ook gevraagd naar de veiligheidsregio's. Deze vraag is meer wetstechnisch van aard en nu niet aan de orde, want de wet publieke gezondheid gaat uit van de bestaande situatie en daarin bestaat de veiligheidsregio waaraan gerefereerd is nog niet. De reden daarvoor is dat de implementatie van de Internationale gezondheidsregeling niet kan wachten tot de inwerkingtreding van de wet veiligheidsregio's. De regeling van de mogelijkheid van de voorzitter van de veiligheidsregio's om ook op te treden bij een infectieziektecrisis komt aan de orde bij de aanpassingswet die ik zo-even noemde. Ik heb al gezegd dat een voorstel in voorbereiding is.

Ik ben al uitdrukkelijk ingegaan op de beperkte bevoegdheden van de Europese Unie. Volgens mij heb ik de meeste vragen hiermee beantwoord.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voor mij is één vraag blijven liggen, namelijk de vraag naar de stand van zaken van de draaiboeken. Dat heeft ook te maken met de bekendheid van een en ander. Er komt een nieuwe wet en nu daarvoor aandacht is, zal het wel even opgepikt worden op gemeentebestuurlijk niveau. Het is belangrijk dat er draaiboeken worden gemaakt en dat die adequaat en operationeel zijn. Daarbij was namelijk een defect gebleken. Wij moeten er op toezien dat zij op orde komen, in de hoop dat zij nooit nodig zijn. Stel je voor dat er een keer een kwestie rijst en het draaiboek niet klaar ligt.

Minister **Klink**: Ik kom in tweede termijn terug op uw vraag over de informatievoorziening aan de regio's. Ik loop daar alvast kort op vooruit; de Inspectie ziet daarop toe. Zij heeft inderdaad leemten geconstateerd en zij ziet er op dit moment op toe dat de draaiboeken werkelijk op orde komen en dat de voorbereidingen binnen de regio's en de gemeenten toereikend zijn. Mocht er meer over te melden zijn, dan kom ik daarop graag in tweede termijn terug.

Klink

De **voorzitter**: Mevrouw Arib, u hebt een vraag. Hebt u dan geen behoefte aan een tweede termijn?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Jawel, maar één vraag is onbeantwoord gebleven, namelijk die over de gezondheidsverschillen tussen autochtonen en allochtonen.

Minister **Klink**: Dat vraagstuk neem ik uitdrukkelijk mee in de verkenning die ik op dit moment pleeg rondom sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik neem daarin ook de bevolkingsgroepen allochtoon, autochtoon en dergelijke mee. Dat is mede de reden waarom ik op dit moment wat terughoudend ben met het direct opnemen in het wetsvoorstel van allerlei bepalingen die op deze groepen slaan. Ik weet, zoals gezegd, namelijk niet in hoeverre dat gerechtvaardigd is.

De **voorzitter**: Is er bij de leden behoefte aan een tweede termijn? Ik zie dat dat zo is. Dan doen wij snel een tweede termijn.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Jazeker, de bekendheid is belangrijk, maar de draaiboeken zijn dat ook. Ik weet niet of er nog aanvullende opmerkingen te maken zijn in tweede termijn. Zo die er zijn, zie ik ze graag tegemoet en als zij er nog niet zijn, dan vraag ik de minister de vinger wel aan de pols te houden. Ik ben nogal betrokken geweest bij de Kamerdebatten over de uitbraken en de bestrijding van dierziekten. Daarover spreken wij hier dan wel niet, maar het is een vergelijkbaar proces. Helaas bleek toen dat op het moment waarop dat acuut nodig was, de draaiboeken niet altijd adequaat op de plank lagen. Uiteraard moet via de Inspectie nog wel even ervoor worden gezorgd dat dit straks wel wordt geregeld als sequeel van de nieuwe wet. Die geeft namelijk een helderder inzicht in de bevoegdheden et cetera en daar hoort dit echt wel bij. Ik ben het eens met de minister dat een lidstaat die met goede redenen weigert om mee te werken en daarvoor ter verantwoording kan worden geroepen, niet vanuit "Europa" gedwongen moet kunnen worden. In dat geval kom je sterk in conflict met de soevereiniteit. Het gaat in dat geval inderdaad om professionaliteit en het daardoor verkregen gezag van de op dit punt actieve Europese instellingen, in de hoop dat zij nooit echt actief hoeven zijn, want dan bestaat er dus een risicovolle situatie.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Eén vraag van mij is nog niet helemaal beantwoord. Deze ging over de registratie van bepaalde ziektes naar etniciteit. Ik kan mij voorstellen dat de minister daarop nu geen antwoord heeft, maar misschien kan hij dat later naar de Kamer sturen.

De afgelopen jaren heb ik vaker aandacht gevraagd voor de specifieke positie van allochtonen binnen de gezondheidszorg. Vandaar dat ik de volgende motie indien.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit verschillende onderzoeken blijkt dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen autochtonen en allochtonen;

overwegende dat bij bepaalde etnische groepen sprake is van vaker voorkomende of groepsgebonden gezondheidsproblemen en ziektebeelden, waarbij het gaat om specifieke ziektebeelden, maar ook algemene ziekten die een andere omvang of een ander verloop hebben bij bepaalde etnische groepen;

overwegende dat er een aanmerkelijk verschil in zorggebruik bestaat tussen allochtonen en autochtonen;

verzoekt de regering, de Kamer dit najaar een nota te zenden waarin ingegaan wordt op de verschillen in het voorkomen van gezondheidsproblemen en ziektebeelden bij verschillende bevolkingsgroepen, op de oorzaken van de verschillen in zorgconsumptie en de toegankelijkheid van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen;

verzoekt de regering tevens, de Kamer naast deze nota een plan van aanpak te zenden met concrete maatregelen gericht op het wegnemen van deze verschillen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Arib. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 13 (31316).

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik bedank de minister voor zijn antwoorden. Ik ben blij om te horen dat ook hij heeft geobserveerd dat het ECDC steeds meer de rol gaat vervullen waarvoor het in het leven is geroepen, en zo een tegenkracht kan vormen. Het gaat niet alleen om de diagnostiek van een mogelijke uitbraak maar ook om de aanpak ervan.

Ik blijf zitten met de reactie van de minister op mijn verzoek om in de komende aanpassingswet aandacht te besteden aan een crisis door infectieziekten die wij nog niet kennen, die mogelijk nieuwe ziektebeelden opleveren. Zo kenden wij in het begin van de SARS-epidemie het ziektebeeld überhaupt nog niet. Het gaat mij daarbij nadrukkelijk niet om een klein conglomeraat patiënten met een (nieuw) virus, maar om een infectieziektecrisis met rare ziektebeelden. Het is belangrijk dat er in zo'n geval vanaf het begin een eenduidige aansturing is. Als is vastgesteld dat het om een crisis gaat, moet de verantwoordelijkheid volledig bij de voorzitter van de veiligheidsregio worden neergelegd. Met een motie vraag ik de minister om dit in ieder geval mee te nemen in zijn overwegingen bij het opstellen van de aanpassingswet inzake de veiligheidsregio's.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat in de binnenkort aan de Kamer aan te bieden Aanpassingswet veiligheidsregio's de bevoegdheden bij de bestrijding van infectieziekten uit groep A (=een infectieziektecrisis) komen te liggen bij de voorzitter van de veiligheidsregio, met als doel een eenduidige aanpak mogelijk te maken van zowel de openbare orde als de daadwerkelijke bestrijding van de infectieziekte;

overwegende dat de Wet publieke gezondheid in het geval van een crisis van infectieziekten met nieuwe ziektebeelden de bevoegdheden niet bij de voorzitter van de veiligheidsregio, maar bij de burgemeester neerlegt;

van mening dat het juist bij een uitbraak van infectieziekten met nieuwe ziektebeelden van groot belang is dat er snel en eenduidig kan worden gehandeld;

verzoekt de regering, in de Aanpassingswet veiligheidsregio's ook ingeval van een uitbraak van een infectieziekte met nieuwe, onbekende ziektebeelden, de bevoegdheden direct neer te leggen bij de voorzitter van de veiligheidsregio,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Schermers. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.
Zij krijgt nr. 14 (31316).

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Aan het adres van de heer Van der Vlies merk ik op dat ik hem de tekst kan laten zien van een vrij uitvoerige communicatie met gemeenten en andere betrokkenen, maar in algemene zin merk ik op dat er op het ogenblik een vrij uitvoerig traject loopt waarbij ook het RIVM betrokken is. Overigens maken daar ook de calamiteitsplannen deel van uit die gemaakt worden voor de aangewezen (lucht)havens (Rotterdam en Schiphol). Toch ga ik ervan uit dat hij op mijn gezag aanneemt dat die communicatie vrij intensief en toereikend is.

Inderdaad ziet de inspectie nauwlettend toe op de draaiboeken. In mijn tweewekelijks overleg met de hoofdinspecteur zal ik nog eens onder de aandacht brengen dat het echt noodzakelijk is om daarop toe te zien, gegeven het feit dat in 2006 daarin leemtes op dit punt geconstateerd zijn.

In grote lijnen is de motie van mevrouw Arib sympathiek. Ik zal nagaan in hoeverre ik met betrekking tot de genoemde bevolkingsgroepen een verbijzondering kan aanbrengen in de nota die nog voor deze zomer verschijnt. Mocht het niet lukken vanwege de omvang van het werk dat dit met zich brengt, dan heb ik een zekere aarzeling ten opzichte van de in de motie

genoemde termijn van het najaar. Mijn departement is op het ogenblik namelijk al met gigantisch veel trajecten bezig is. De illustratie daarvan is dat ik hier met enige regelmaat sta. Ik moet dus nagaan in hoeverre de genoemde termijn haalbaar is. Daarover wil ik de Kamer dan ook graag informeren in het kader van de nota die voor deze zomer naar de Kamer komt. Het oordeel over deze motie laat ik dus graag aan de Kamer over.

In de motie van mevrouw Schermers staat: "verzoekt de minister, in de Aanpassingswet veiligheidsregio's ook in geval van een uitbraak van een infectieziekte met nieuwe, onbekende ziektebeelden, de bevoegdheden direct neer te leggen bij de voorzitter van de veiligheidsregio". Daaraan gaat van mijn zijde echter een waardering vooraf van de ernst van de situatie die zich dan aftekent. Volgens mij spoort dat met hetgeen wij in de onderhavige wet proberen te regelen. Op het moment dat een ziekte c.q. ziektebeeld dan wel een infectieziekte op lijst A geplaatst wordt, komt er per definitie een centrale regie. Een en ander komt dan ook daadwerkelijk terecht bij de voorzitter van de veiligheidsregio. Ik weet dus niet in hoeverre wat in de motie wordt gevraagd en wat met de onderhavige wet geregeld wordt, uit elkaar liggen.

Tegen deze achtergrond is mijn vraag aan mevrouw Schermers om haar motie aan te houden. Wij moeten deze motie even bekijken in het licht van de Wet op de veiligheidsregio. Daarbij wordt bekeken in hoeverre wij met de getroffen regeling tegemoetkomen aan de motie van mevrouw Schermers.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Over de moties en het wetsvoorstel wordt volgende week dinsdag gestemd.

De vergadering wordt van 12.50 uur tot 14.15 uur geschorst.

De **voorzitter**: Op de tafel van de griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Ik neem aan dat als voor het eind van de vergadering tegen de voorgestelde wijze van behandeling geen bezwaar wordt gemaakt, met deze wijze van behandeling wordt ingestemd.

Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, toe te voegen aan de agenda van volgende week:
- het wetsvoorstel Reparatiewet VWS 2008 (31405).

Ik stel voor, bij het Verantwoordingsdebat van 22 mei aanstaande de volgende spreektijden vast te stellen: voor de fracties van het CDA, de PvdA, de SP en de VVD 20 minuten; voor de fracties van de PVV, GroenLinks en de ChristenUnie 15 minuten; voor de fracties van D66, de PvdD en de SGP 10 minuten en voor mevrouw Verdonk 5 minuten.

Tevens stel ik voor, bij dit debat de begrotingsvolgorde te hanteren.

Ik stel voor, toestemming te verlenen tot het houden van een wetgevings- c.q. notaoverleg met stenografisch