

Vergaderjaar 1996–1997

22 894

Preventiebeleid voor de Volksgezondheid

Nr. 13

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 20 mei 1997

Met deze brief wil ik u informeren over mijn standpunt op het rapport «Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. Beter op zijn plaats» van de commissie «Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid» onder voorzitterschap van prof. dr. W. Lemstra. Deze commissie heb ik op 2 mei 1996 ingesteld met als opdracht een effectieve bijdrage te leveren aan de visievorming op het lokale gezondheidsbeleid en een aanzet te geven voor een breed gedragen actieprogramma. Op 21 november 1996 heeft de commissie mij haar rapport aangeboden. Reden voor het instellen van deze commissie waren de zorgelijke bevindingen die het Staatstoezicht presenteerde in een onderzoek naar de «gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie» (u toegezonden op 31 oktober 1995, TK 1995–1996, 22 894, nr. 10). Het Staatstoezicht constateerde een grote diversiteit in de betrokkenheid van gemeentebesturen bij de collectieve preventie en het veelal ontbreken van een visie op gezondheidsbeleid.

Behoudens wat betreft de tandheelkundige collectieve preventie, zal ik in dit standpunt niet ingaan op specifieke inhoudelijke aspecten van de collectieve preventie. Over infectieziekten heb ik u onlangs geïnformeerd (GZB/GZ 97–1647). Over mijn voornemens met betrekking tot de openbare geestelijke gezondheidszorg zal ik u nog deze zomer op de hoogte stellen. Tot slot de jeugdgezondheidszorg. Het evaluatierapport dat KPMG heeft opgesteld is u op 14 mei toegezonden (GZB/GZ 97 2520). Zoals aangegeven zal ik u hierover in het najaar mijn standpunt doen toekomen.

1. Het advies: gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats

De commissie-Lemstra heeft zich niet alleen uitgesproken over de collectieve preventie, maar heeft het brede takenpakket van gemeenten op het gebied van de volksgezondheid centraal gesteld. Voorts heeft zij het gezondheidsbeleid geplaatst temidden van andere beleidsterreinen van de gemeente als vervoer, wonen, werken en welzijn. De commissie stelt

dat de GGD gepositioneerd moet blijven als ambtelijke dienst van één of meerdere gemeenten. Teneinde het gemeentelijk gezondheidsbeleid «beter op zijn plaats» te zetten doet zij tal van aanbevelingen, waaronder het instellen van een landelijk platform openbare gezondheidszorg en het invoeren van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid.

De aanbevelingen in het rapport bieden een aantal zeer praktische handvatten voor het versterken van het gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau. Op de vertaling daarvan naar concrete activiteiten kom ik in de derde paragraaf van deze brief terug.

De commissie heeft mijns inziens terecht gewezen op het belang van een integrale aanpak van de gemeentelijke verantwoordelijkheden voor gezondheid. De gemeente is, door decentralisatie van een groot aantal taken, steeds meer een spin in het web die relaties kan leggen tussen taken als preventie, zorg, welzijn en de andere terreinen die hiermee samenhangen.

Wat echter ook steeds duidelijker wordt, is dat op diverse plaatsen GGD's in moeilijkheden verkeren. Gezien dat gegeven acht ik het onwenselijk om de aanbevelingen op te volgen zonder meer helderheid te creëren in de verantwoordelijkheden van Rijk en gemeenten op het gebied van de collectieve preventie, het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de GGD. Ik zal dat hieronder toelichten aan de hand van een drietal hoofdthema's die ik onderscheid in het rapport-Lemstra:

- 1 de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid;
- 2 verantwoordelijkheden van het Rijk;
- 3 de uitvoering van collectieve-preventietaken door de GGD.

Deze thema's komen achtereenvolgens aan de orde, waarna een overzicht van activiteiten, de financiële consequenties en enkele slotopmerkingen volgen.

2. Standpunt: naar een versterkt gemeentelijk gezondheidsbeleid

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het gezondheidsbeleid

De Nederlandse Grondwet geeft in artikel 22 de overheid een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de burgers. Gemeenten hebben van oudsher gedeeld in die zorg voor de gezondheid, zowel op eigen initiatief (de klassieke «autonome taak») als op grond van een aantal specifieke wetten, die taken in medebewind aan gemeenten opdragen. Voorbeelden van in oorsprong autonome taken zijn de instelling van zorgvoorzieningen voor de burgers, maar ook zaken als het zorgen voor een vuilnisophaaldienst en schoon drinkwater. Specifieke wetten zijn de Wet voorzieningen gehandicapten en de Wet op de lijkbezorging.

Gemeenten hebben verantwoordelijkheden op het brede volksgezondheidsterrein:

- de preventie (WCPV-taken);
- de «cure» (gemeentelijke beleidstaken, afgestemd met de curatieve sector en de GGZ);
- de «care» (zorg voor jeugd, gehandicapten en ouderen);
- het verslavingsbeleid, de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk.

Bovendien hebben gemeenten taken op terreinen die de gezondheid en het welbevinden van mensen beïnvloeden: welzijnsbeleid, volkshuisvesting, milieu, onderwijs en openbare orde. Ik wijs u in dit verband op de beleidsbrief Lokaal Sociaal Beleid die u in december 1996 is toegezonden.

De GGD heeft een rol in de meeste gezondheidstaken van de gemeenten en heeft daarmee, als publieke dienst, een belangrijke functie op het raakvlak tussen openbaar bestuur en gezondheidszorg.

Ik vind het van belang dat gemeenten zich, met de Rijksoverheid, verantwoordelijk blijven voelen voor de gezondheid van hun burgers. De gemeente is voor velen de meest nabije en concrete manifestatie van de overheid. Problemen worden ook op dat niveau het meest direct gevoeld en bovendien zijn gemeenten in staat om de relatie te leggen met de terreinen die de gezondheid en het welbevinden van de burgers beïnvloeden in de specifieke lokale omstandigheden. Er zijn gemeenten die, in goed samenspel met hun GGD, op positieve wijze gestalte geven aan geïntegreerd gezondheidsbeleid op lokaal niveau.

Dit is de potentie en de positieve kant van het gedecentraliseerde collectieve-preventiebeleid. Mede daarom ben ik van mening dat er geen fundamentele wijziging moet komen in de verantwoordelijkheden voor de collectieve preventie die in medebewind zijn opgedragen aan de gemeenten en de middelen die daarvoor zijn overgeheveld naar het gemeentefonds. Gezien de noodzaak van facetbeleid/integraal beleid ten behoeve van de bevordering van gezondheid op gemeentelijk niveau, ik vind dat deze taken en bevoegdheden bij de gemeenten moeten blijven; ik heb onvoldoende aanwijzing dat het noodzakelijk is om deze weer terug te halen naar het landelijk niveau. Wel heb ik zorgen over het functioneren van een aantal GGD's en ben ik van mening dat gemeenten, waar zij in gebreke blijven, steviger op deze verantwoordelijkheden moeten worden aangesproken. Ik wil beter gaan vastleggen wat er precies verwacht wordt van de gemeenten op het gebied van de collectieve preventie.

Gezien hun taken en bevoegdheden op het volksgezondheidsterrein, is het belangrijk dat gemeenten hieraan beleidsmatig meer aandacht besteden. De aanbevelingen die de commissie Lemstra op dit vlak doet vind ik waardevol. De commissie beveelt aan dat gemeenten het gesprek aangaan met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten, dat zij integraal beleid voeren met andere sectoren en dat het verstandig is als zij hun beleid neerleggen in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Ik ben het met Lemstra eens dat gemeenten, gezien het groeiend aantal verantwoordelijkheden op het gezondheidsterrein, voldoende beleids-capaciteit moeten vrijmaken om het gehele gebied van de volksgezondheid te overzien, aan te sturen en te innoveren. Naast capaciteit zijn daarvoor ook capaciteiten nodig, ook daarop kom ik hieronder terug.

Verantwoordelijkheden van het Rijk

De WCPV legt de verantwoordelijkheid voor een aantal beleids- en uitvoeringstaken op het gebied van de collectieve preventie in medebewind neer bij de gemeenten. Er is op het gebied van de preventie een groot aantal taken waarvoor het Rijk zich verantwoordelijk acht. Het betreft:¹

1. het vaststellen van landelijke, inhoudelijke prioriteiten;
2. het regelen van de financiering in algemene zin en het garanderen dat landelijke, inhoudelijke prioriteiten ook gefinancierd worden;
3. het vaststellen van een landelijk programma voor de uitvoering van het onderzoek;
4. het in stand houden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur en bewaken dat preventie in de infrastructuur en de reguliere zorg wordt ingebed, waar dit doel van het beleid is;
5. het maken van wet- en regelgeving om de ethische en juridische randvoorwaarden van preventie goed vast te leggen;

¹ Zie: nota-overleg preventiebeleid d.d. 19 oktober 1994, Tweede Kamer vergaderjaar 1994–1995, 22 894, nr. 7.

6. het bevorderen van de effectiviteit, de kwaliteit en de efficiency van preventieve maatregelen;
7. het bevorderen van de bescherming van de bevolking;
8. het bevorderen van de departementale en internationale samenwerking;
9. het uitoefenen van toezicht (rol van het Staatstoezicht).

In het kader van «medebewind» wil ik de verantwoordelijkheden van het Rijk beter vastleggen. Een van de zaken waaraan ik denk, is de landelijke verantwoordelijkheid voor de preventie die ik hierboven heb geschetst, wettelijk te verankeren voor zover die niet reeds in andere regelingen is vastgelegd. Ik zal de mogelijkheden onderzoeken om de WCPV in deze zin te wijzigen zonder aan het karakter van deze wet afbreuk te doen.

Een andere vorm van verantwoordelijkheid zie ik in het afstemmen van de «volksgezondheidsdossiers» waarin gemeenten taken en bevoegdheden hebben. Het Platform openbare gezondheidszorg (zie 3b) zal een belangrijke functie vervullen door mij voortdurend alert te houden op de samenhang van de verschillende gedecentraliseerde gezondheidsonderwerpen.

Tot slot zie ik het als een concrete taak van de Rijksoverheid om sturing te geven aan het geheel van activiteiten dat ten uitvoer wordt gebracht op basis van de aanbevelingen van de commissie-Lemstra en dit standpunt.

De uitvoering van collectieve-preventietaken door de GGD

De WCPV (in werking sinds 1 jan. 1989) maakt de gemeente verantwoordelijk voor het beleid op het gebied van de collectieve preventie (art. 2):

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

De WCPV draagt de gemeente twee soorten taken op:

- bevorderende taken: daartoe worden gerekend: epidemiologie, facetbeleid, preventieprogramma's en het bevorderen van de (psycho)hygiëne (art. 2);
- uitvoerende taken, zoals de jeugdgezondheidszorg en infectieziektenbestrijding (art. 3).

Ten behoeve van deze taken dient de gemeente, al dan niet samen met andere gemeenten, een GGD in te stellen en in stand te houden. Hiermee is het fundament gelegd onder het landelijk dekkend netwerk van GGD's. De financiering van de gemeenten voor de collectieve preventie is in fasen volledig overgedragen aan het gemeentefonds.

Al enkele jaren verschijnen rapporten waaruit blijkt dat de uitvoering van de WCPV-taken niet overal vlekkeloos verloopt. Een eerste indicatie was een evaluatie van de WCPV uit 1993¹, die aangaf dat de inhoudelijke aansturing door het bestuur van de GGD een probleem vormde. Daarnaast werden knelpunten geconstateerd op een aantal specifieke terreinen zoals afstemming preventie-curatie, facetbeleid, infectieziektenbestrijding en milieu-hygiënische taken. Het rapport noemde de geringe schaalgrootte van de GGD als mogelijke oorzaak hiervoor en beval voorts aan om een aantal landelijke functies te versterken.

¹ KPMG Klijnveld Management Consultants/ NIPG-TNO (1993). *De werking van de Wet collectieve preventie volksgezondheid*.

Het inspectierapport over gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie van 1995 concludeerde een grote diversiteit in de mate van

bestuurlijke betrokkenheid van gemeentebesturen, een ontbrekende visie op gezondheidsbeleid en teruglopende middelen. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat van gemeenten die niet in de eerste plaats het gezondheidsbeleid voorop zetten, maar vooral de GGD met zo minimaal mogelijke middelen in stand wensen te houden. Het rapport stelt dat door privatisering van bedrijfsonderdelen vooral in kleinere gemeenten «de kwaliteit en het volume van de dienstverlening door een kritische bodem dreigt te zakken.» Naast bovengenoemde evaluaties zijn er inspectie-rapporten op deelterreinen als jeugdgezondheidszorg en collectieve preventieve tandheelkunde. Uit dat laatste rapport blijkt bijvoorbeeld dat er gemeenten zijn die op het genoemde (wettelijk voorgeschreven) terrein helemaal niets meer doen.

Ook meer recent bereiken mij signalen dat de situatie van een aantal GGD's zorgwekkend is, waarbij problemen t.a.v. aansturing, financiering en management leiden tot een verminderde kwaliteit van de dienstverlening. Ik maak me hierover zorgen en zie er reden in om ook stappen te zetten die verder strekken dan het advies van de commissie-Lemstra.

Ik constateer daarbij dat de WCPV een wel zeer ruim kader geeft voor de verplichtingen van gemeenten. Ik ben van mening dat specifiekere afspraken moeten worden gemaakt over welke taken moeten worden uitgevoerd en welk «minimumniveau» van dienstverlening daarbij moet worden gehanteerd. Daarmee in samenhang wil ik op meer reguliere basis informatie hierover ontvangen en tot slot, het toezicht verscherpen. Ik heb geconstateerd dat hiervoor draagvlak is bij zowel de Landelijke Vereniging voor GGD'en (LVGGD) als bij een groot aantal gemeente-bestuurders.

Tot slot nog een opmerking over de initiatieven die af en toe opduiken om de GGD meer op afstand te zetten van het politieke bestuur. Ik stel, met de commissie-Lemstra, vast dat de overheid verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg, waaronder de openbare geestelijke gezondheidszorg. Er bestaat in de gezondheidszorg echter een traditie van publieke taken die uitgevoerd worden door private organisaties. Op dit moment acht ik het echter van belang dat het gemeentelijk bestuur de volle verantwoordelijkheid blijft dragen voor de gemeentelijke gezondheidsdienst. Gezien de huidige omschrijving van de collectieve-preventietaken in de wet en de problemen waarin een aantal GGD's momenteel verkeren acht ik een constructie waarbij de GGD meer op afstand staat op dit moment niet geschikt.

3. Activiteiten ter versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid

Het onder 2. genoemde standpunt wil ik concreet uitwerken in een aantal activiteiten en maatregelen, die hieronder worden genoemd. Hierover heeft overleg plaatsgevonden met de VNG en de LVGGD en ook bij de uitwerking zullen deze verenigingen nauw betrokken zijn.

a Gemeentelijke nota gezondheidsbeleid en regionale gedachteswisselingen

Het advies van de commissie-Lemstra om een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid in te voeren vind ik een goed idee. Het biedt gemeenten namelijk een door henzelf vastgesteld beleidskader waaraan de uitvoering getoetst kan worden. Ook vind ik het, met Lemstra, van belang dat gemeenten samenwerking tot stand brengen met partijen binnen de zorg en dat zij met betrekking tot de volksgezondheid integraal beleid voeren met andere sectoren.

Bij de totstandkoming van een nota gezondheidsbeleid zouden gemeenten samenwerking kunnen zoeken met buurgemeenten en andere partijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/consumenten. Daarnaast vind ik het essentieel dat niet alleen gesproken wordt over openbare (geestelijke) gezondheidszorg; de nota dient expliciet de relatie te leggen met andere gemeentelijke taken als wonen, werken en welzijn. Initiatieven die op lokaal niveau bestaan om facetbeleid vorm te geven door een gezondheidseffectscreening juich ik dan ook bijzonder toe.

Samen met de VNG, de LVGGD en de NSPH zal ik in de loop van 1997 een programma ontwikkelen om de gemeenten en de GGD's te ondersteunen in het vormgeven van de samenwerking en het tot stand brengen van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Alle GGD-regio's zullen gestimuleerd worden om een gesprek op gang te brengen tussen de gemeente(n), de GGD en andere actoren. Ik zal de VNG faciliteren om dit proces te begeleiden. Vanzelfsprekend is ook de LVGGD hierbij betrokken.

Met de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid zal geëxperimenteerd moeten worden, in samenhang met het proces van de regionale gedachtewisselingen.

Over drie jaar zal ik evalueren welke ervaringen hiermee zijn opgedaan en bezien of het noodzakelijk is de verplichting tot het ontwerpen van een dergelijke nota op te nemen in de WCPV.

b Platform openbare gezondheidszorg

De commissie-Lemstra geeft aan dat het nodig is dat gemeenten vanuit de Rijksoverheid een meer samenhangend pakket toebedeeld krijgen op het terrein van de volksgezondheid. Met het oog daarop is het gewenst dat het Rijk continu vanuit gemeenten gevoed wordt met ideeën voor en kanttekeningen bij staand dan wel nieuw beleid. De commissie adviseert voorts om een platform in te stellen dat de discussie over plaats en inhoud van de openbare gezondheidszorg vorm moet geven.

Alvorens dit platform te starten wil ik eerst de visie bespreken op de openbare gezondheidszorg, de diverse wijzen waarop deze kan worden vormgegeven én de diverse besturingsmodellen. Ik zal in juni van dit jaar de VNG, de LVGGD en andere vakinhoudelijk betrokkenen inviteren voor een overleg om het concrete doel, de samenstelling en de werkwijze van het platform nader te bepalen.

Naast instelling van dit platform vind ik het cruciaal dat de contacten en samenwerking met de VNG worden geïntensiveerd, niet zozeer gericht op individuele dossiers, wel om de samenhang tussen vele thema's te bevorderen. Dit zal de komende periode vormkrijgen in de vorm van een periodiek ambtelijk overleg tussen de VNG en VWS.

Voor een meer wetenschappelijke doordenking van de openbare gezondheidszorg kunnen de werkzaamheden van het meer dan 100 jaar oude Nederlands Congres Openbare Gezondheidsregeling relevant zijn.

Tenslotte verwijs ik nogmaals naar de activiteiten onder a, die behelzen dat op lokaal/regionaal niveau samenwerking tussen alle betrokken partijen gaat plaatsvinden; in feite is ook dat een vormgeving van de «platformgedachte».

c Basistaken collectieve preventie

De WCPV legt de verantwoordelijkheid voor een aantal uitvoeringstaken op het gebied van de collectieve preventie in medebewind neer bij

gemeenten. De bestuurlijke kaders waarbinnen die verantwoordelijkheid gestalte moet krijgen, zijn echter weinig concreet. Ik zal een werkgroep instellen, waarin vertegenwoordigd zowel vakinhoudelijke als bestuurlijke expertise, die binnen een jaar moet rapporteren over inhoud en kwaliteitsnormen van de basistaken collectieve preventie. Na ontvangst van deze rapportage zal ik spoedig deze taakomschrijving en kwaliteitsnormen juridisch verankeren in een Amvb bij de WCPV. Ook de positie van de OGGZ wordt in dit kader nadrukkelijk gezien.

Aangezien het hierbij niet gaat om nieuwe taken maar om een helderder formulering van reeds in de WCPV opgedragen taken, ga ik ervan uit dat additionele financiering niet nodig is.

d Informatievoorziening

Voorts acht ik het van belang dat op Rijksniveau meer gestandaardiseerde informatie beschikbaar komt over ingezette personele en financiële middelen, de activiteiten en het resultaat van die activiteiten door de GGD's. Samen met de VNG, de LVGGD en deskundigen van GGD's die op dit vlak vooruitlopen, wil ik een rapportage laten verrichten over de informatie die op geaggregeerde wijze kan worden aangeleverd en op welke wijze dit het best kan geschieden. Ik hoop deze rapportage nog in 1997 te ontvangen. Deze moet in 1998 leiden tot een regeling van de informatievoorziening in een Amvb bij de WCPV. Artikel 8 uit de WCPV geeft daartoe de mogelijkheid. De beschikbare gegevens zullen verwerkt worden in het JaarOverzichtZorg; meer epidemiologische gegevens kunnen van belang zijn voor de Volksgezondheid Toekomstverkenningen die periodiek (eens per vier jaar) door het RIVM worden opgesteld. Ik ga er voorlopig van uit dat de gegevensverstrekking van zodanige aard is dat daarvoor geen extra financiering aan de gemeenten ter beschikking hoeft te worden gesteld; de rapportage moet uitwijzen of dat inderdaad het geval is.

e Verscherping toezicht

De WCPV bevat op zichzelf geen sanctiemogelijkheid. Dat betekent niet dat er geen wettelijk kader is waarbinnen het handelen van de gemeenten op dit gebied getoetst kan worden.

Ten eerste betekent het feit dat gemeenten collectieve-preventietaken uitvoeren, dat voor het toezicht het regime van de Gezondheidswet van toepassing is. Hiermee krijgt het Staatstoezicht de opdracht en de bevoegdheid om toezicht te houden op de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Voorts vallen de GGD's c.q. de gemeenten als zorgaanbieders, voor wat betreft de uitvoerende collectieve-preventietaken, onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dat betekent dat zij gehouden zijn doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg te verlenen en op systematische wijze te werken aan bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Ik ben van mening dat het Staatstoezicht bij geconstateerde taakverwaarlozing de verantwoordelijke bestuurders, in casu de gemeenten, dient te wijzen op hun verplichtingen. Indien hieraan geen gehoor wordt gegeven kan de Minister van VWS in het uiterste geval op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen een aanwijzing geven. De Specifiek ten aanzien van infectieziekten kan de Minister op grond van de WCPV een aanwijzing geven indien een gemeente niet of niet naar behoren maatregelen treft bij de bestrijding van een epidemie van infectieziekten.

De LVGGD heeft mij erop gewezen dat door de huidige formulering van de Amvb bij de Kwaliteitswet zorginstellingen slechts een deel van de uitvoerende taken van de GGD hieronder zou vallen. Ik zal in overleg treden met de VNG en de LVGGD over de wijze waarop een meer

adequate en meeromvattende omschrijving in de Amvb kan worden opgenomen.

Ik ga ervan uit dat het wettelijk regime voor toezicht hiermee, in combinatie met de helderder formulering van basistaken van de GGD, voldoende geregeld is. Ik zal hierover nader overleggen met het Staats-toezicht.

f Explicitering Rijksverantwoordelijkheden

Meer dan voorheen moet in de WCPV tot uitdrukking komen dat het bij de preventie gaat om een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, waarbinnen ieder zijn eigen taken vervult. De WCPV wil ik in die zin aanpassen. Het voorbereiden van dit wetgevingstraject is een aangelegenheid van VWS en Binnenlandse Zaken.

g Adviesaanvraag Raad voor Volksgezondheid en zorg

De commissie-Lemstra heeft het gemeentebestuur en de GGD gepositioneerd als hoeders van de openbare gezondheidszorg. Waar zich in het veld van gezondheid en gezondheidszorg ontwikkelingen voordoen in de «care» en de «cure» die leiden tot een andere uitvoering en afstemming van functies, hecht ik eraan de functie van de «public health» hierin nadrukkelijk te betrekken. Ik denk aan zaken als de extramuralisering van de ziekenhuiszorg, ontwikkelingen in de openbare geestelijke gezondheidszorg, de veranderende organisatie van de «eerste lijn» en de ontwikkeling van functionele zorgnetwerken. Een en ander vragen ook antwoorden op vragen ten aanzien van schaalgrootte, financiering en besturing.

Ik wil de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) binnen zijn werkprogramma voor 1998 advies vragen over de functie van de «public health» in samenhang met bovengenoemde ontwikkelingen. Voorzover het vraagstuk de besturing en afstemming van verschillende zorgregio's betreft, zal ik over deze adviesaanvraag overleggen met de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken.

h Cursusontwikkeling door de NSPH

De commissie-Lemstra legt de nadruk op de attitudes en vaardigheden die nodig zijn om de kloof te dichten tussen het gemeentehuis en de GGD. Veel wordt daarbij verwacht op het gebied van opleidingen.

De Netherlands School of Public Health (NSPH) heeft cursussen in ontwikkeling voor gemeente-ambtenaren en GGD-medewerkers gericht op het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarbij is het de bedoeling om de GGD-professional meer zicht te geven op de gemeentelijke context waarin de GGD opereert en de gemeente-ambtenaar te introduceren in de wereld van de (openbare) gezondheidszorg. Hierbij zal ook de totstandkoming van de genoemde nota gezondheidsbeleid aan de orde komen, evenals het voeren van facetbeleid/integraal beleid op lokaal niveau.

Voorts zijn de VNG en de LVGGD in gesprek met de NSPH over meer bestuurlijke en programmatische invloed van het veld op de opleidingen. Ik juich dat van harte toe.

i Onderzoeken ondersteuningsstructuur en bestuursvormen

Het rapport-Lemstra geeft aan dat behoefte bestaat aan een versterking van de ondersteuningsstructuur op het gebied van opleidingen, innovatie en onderzoek. Het is noodzakelijk dit te concretiseren op basis van het

huidige aanbod en de aard en omvang van de vraag. Waarschijnlijker is dat er een frictie bestaat tussen vraag en aanbod. Aan de hand van een inventarisatie moet duidelijk worden waar deze fricties bestaan en hoe deze eventueel kunnen worden opgelost.

Een ander onderzoek(je) betreft de verschillende wijzen waarop een GGD aangestuurd kan worden: door één of meerdere gemeenten, een enkelvoudige of meervoudige regeling en verschillende bestuursvormen. De bedoeling is een inventarisatie te verrichten naar de huidige bestuursvormen en te komen tot formulering van een waardering en randvoorwaarden voor optimale aansturingsvorm, gegeven de verschillende lokale omstandigheden.

j Tandheelkundige collectieve preventie

Bij de aanbieding aan de Tweede Kamer van het rapport van het Staatstoezicht over de relatie tussen de gemeente en de GGD is aangegeven dat aandacht besteed zal worden aan het onderwerp collectieve tandheelkundige preventie. Aanleiding hiervoor was een ander rapport van het Staatstoezicht waaruit blijkt dat de wettelijk voorgeschreven deskundigheid voor de collectieve tandheelkundige preventie bij 40% van de GGD's ontbreekt en dat, mede daardoor, de aandacht voor deze specifiek omschreven taak verminderd is. Epidemiologische gegevens maken duidelijk dat de noodzaak voor collectieve tandheelkundige preventie aanwezig blijft, met name gericht op inmiddels bekende risicogroepen en gebruikmakend van moderne voorlichtingsmethoden. Het NIGZ/Ivoren Kruis en de Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde ontwikkelen inmiddels plannen om de samenwerking tussen collectieve tandheelkundige preventie (GGD's) en de curatieve zorgverlening op lokaal/regionaal niveau te bevorderen. Hiermee wordt een tweeledig doel gediend: de preventieve tandheelkunde versterken en daarnaast ervaring opdoen met samenwerking op een concreet gezondheidsterrein. Ik waardeer dit initiatief en zal het – op bescheiden wijze – faciliteren.

k Startconferentie «versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid»

De gedachten die hier zijn ontvouwd voor de versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid wil ik op korte termijn bespreken met een groot aantal betrokkenen bij de collectieve preventie en het gemeentelijk gezondheidsbeleid. In samenwerking met de VNG en de LVGGD zal een startconferentie worden georganiseerd die het startsein vormt van het geheel aan activiteiten dat zal plaatsvinden om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken. Ik denk daarbij aan een conferentie waarin naast de GGD-vertegenwoordigers, met name de lokale bestuurders worden uitgenodigd zich over het thema te buigen.

4. Financiële consequenties, organisatie en tijdpad

Het geheel aan activiteiten en maatregelen ter bevordering van het gemeentelijk gezondheidsbeleid kan gezien worden als een programma, waaronder een aantal projecten ressorteert. In elk geval zijn gemeenten en GGD's steeds betrokken bij de uitvoering hiervan en waar nodig ook vakinhoudelijke instituten als het RIVM en de NSPH. Het programma-management zal vanuit mijn ministerie gevoerd worden.

Het schema hieronder geeft een overzicht van de activiteiten en de kosten daarvan. Het schema geeft ook een tijdpad aan: ik ga ervan uit dat de projecten eind 1999 zullen zijn afgerond en zijn ingebed in de reguliere structuur.

Onderdelen van het programma		1997	1998	1999
a	Gemeentelijke nota gezondheidsbeleid en regionale gedachteswisselingen	f 125 000,00	f 50 000,00	f 50 000,00
b	Platform openbare gezondheidszorg	f 25 000,00	f 25 000,00	f 25 000,00
c	Basistaken collectieve preventie	f 40 000,00	f 200 000,00	f 200 000,00
d	Informatievoorziening	f 40 000,00	nader te bepalen	nader te bepalen
e	Verscherping toezicht	–	–	–
f	Explicitering rijksverantwoordelijkheden	–	–	–
g	adviesaanvraag RvZ	–	–	–
h	Cursusontwikkeling	binnen budget NSPH	binnen budget NSPH	binnen budget NSPH
i	Onderzoeken ondersteuningsstructuur en bestuursvormen	f 100 000,00	nader te bepalen	nader te bepalen
j	Tandheelkundige collectieve preventie	f 50 000,00	f 50 000,00	f 50 000,00
k	Startconferentie «versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid»	f 30 000,00	–	–
		f 410 000,00	f 325 000,00	f 325 000,00

6. Tot slot

Het advies-Lemstra zie ik als de start van een proces waarin de functie van de openbare gezondheidszorg («public health») voor de toekomst wordt verhelderd. De samenhang met de curatieve sector, de geestelijke gezondheidszorg en het lokale sociale beleid krijgen daarbij een nadrukkelijker plaats. Ook is het een proces waarin alle betrokken partijen bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid meer aangesproken worden op hun verantwoordelijkheden. Ik zal mij ervoor inzetten om de Rijkstaken adequaat uit te voeren. Van gemeenten en GGD's verwacht ik niet onaanzienlijke inspanningen om binnen de lokale situatie te werken aan verbeteringen. Na afloop van het actieprogramma «versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid», in 2000, zal de situatie van de collectieve preventie, het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de GGD's opnieuw geëvalueerd worden om te kijken of de ingevoerde verbeteringen hebben geleid tot het gewenste resultaat, dan wel tot het inzetten van de noodzakelijke veranderingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers