

Vergaderjaar 2001–2002

28 063

Wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMEEN

Inleiding

Het regeerakkoord¹ bevat de opdracht verantwoordelijkheden van de landelijke overheid en gemeenten duidelijk vast te leggen in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Het bevat² ook de opdracht een basistakenpakket te formuleren dat alle jeugdgezondheidszorgactiviteiten omvat, die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. Het pakket diende te worden verankerd in de Wcpv.

Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Collectieve preventie beoogt gezondheidswinst voor zo veel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven³. Dit zijn overigens doelstellingen waaraan ook de burger zelf veel kan bijdragen.

Het bereiken van een betere gezondheid door het aanbieden van preventie werkt het beste langs korte lijnen. Zeker de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen dient lokaal te worden georganiseerd. Op basis van deze overwegingen is in de Wcpv dan ook gekozen voor het situeren van een gezondheidsdienst bij de gemeente en voor het principe van gemeentelijke beleidsvrijheid bij de organisatie van de werkzaamheden. De Wcpv maakt de gemeente ervoor verantwoordelijk dat collectief-preventieve taken worden uitgevoerd, ongeacht wie ze feitelijk uitvoert. De gemeente draagt daarbij zorg voor continuïteit, samenhang en afstemming, binnen de collectieve preventie en met de curatieve gezondheidszorg. Zij stemt de collectieve preventie natuurlijk ook af met het gemeentelijk beleid op andere terreinen. Verder werkt zij, afhankelijk van het onderwerp, samen met andere organisaties die zich met preventie bezighouden, zoals Arbo-diensten. Samenwerking over de grenzen van de verschillende deelreinen van de gemeentelijke gezondheidszorg en sociale zorg vormt de kern van de Wcpv. Daarnaast wijst de Wcpv expliciet taken aan die de gemeenteraad zelf moet uitvoeren: infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

¹ Kamerstukken II, 1997/1998, 26 024, nr. 10, p. 46/47.

² Kamerstukken II, 1997/1998, 26 024, nr. 10, p. 46.

³ Nota Gezond en Wel, kamerstukken II, 1995/96, 24 126 nr. 1.

De Wcpv verplicht de gemeente om voor Wcpv-taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden met voldoende deskundigheid om die taken te behartigen. De GGD vervult een waardevolle functie in de openbare gezondheidszorg en daarmee in de samenleving. Zij verricht overigens ook niet-Wcpv-taken.

De collectieve preventie is het waard te worden voortgezet en verbeterd. In het navolgende worden de gemeentelijke taken geactualiseerd en wordt beschreven hoe de uitvoering georganiseerd dient te worden.

Bezinning

De Kamer is in achtereenvolgende kabinetsperioden geïnformeerd over evaluaties van de collectieve preventie en voorstellen tot verbetering. In een eerste evaluatie van de Wcpv (juni 1993) constateerden de onderzoekers verschillen tussen regio's in de wijze waarop de Wcpv-taken worden uitgevoerd. Enerzijds werd dit gunstig geacht omdat de collectieve preventie aldus afgestemd kan zijn op de lokale situatie, anderzijds brengt gemeentelijke vrijheid het risico mee van een «minder dan minimale» uitvoering. De Staatssecretaris van WVC koos¹ voor handhaving van de verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie bij de gemeenten. Naar aanleiding van overleg met de Tweede Kamer op 17 oktober 1994 stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek in naar de wijze waarop gemeenten inhoud geven aan de hen in de Wcpv opgedragen bestuurlijke verantwoordelijkheid. Hoofdconclusies waren dat collectieve preventie en gezondheidsbeleid in de meeste gemeenten als beleidsterrein een bescheiden plaats innemen en dat het lokale gezondheidsbeleid vaak reactief was. Er werden pas initiatieven genomen als problemen vanwege effecten op andere terreinen «aan de politieke oppervlakte kwamen».

Daarop is in 1996 de Commissie Versterking Collectieve Preventie, de commissie-Lemstra, ingesteld met als taak een bijdrage te leveren aan zowel de visievorming op lokaal gezondheidsbeleid als aan de vertaling daarvan naar een breed gedragen actieprogramma. In haar advies² stelde de commissie voorop dat gemeenten een onvervreembare taak hebben in het voeren van een lokaal gezondheidsbeleid, en wees op het belang van samenhang van het beleid inzake openbare gezondheidszorg met het overige gemeentelijke beleid. Zij bepleitte dat gemeenten hun visie op deze beleidsterreinen periodiek neerleggen in een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Verder bepleitte de commissie dat het Rijk op landelijk niveau eigen beleidsdoelen formuleert die corresponderen met de aan de gemeenten in medebewind gegeven taken. Hierop³ is het actieprogramma Versterking Gemeentelijk Gezondheidsbeleid gestart. Onderdeel daarvan vormde de instelling van de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie, met als opdracht de gemeentelijke taken in de collectieve preventie te omschrijven. De Stuurgroep steunde op werkgroepen van deskundigen uit de praktijk, veelal met waarnemers vanuit de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Landelijke Vereniging van GGD'en. Daarnaast werd medio 1998, voor de duur van twee jaar, het Platform Openbare Gezondheidszorg ingesteld met als taken, onder andere, een visie te ontwikkelen op de plaats en de inrichting van de openbare gezondheidszorg en om genoemd actieprogramma te begeleiden.

Voor de jeugdgezondheidszorg werd separaat een intensiever traject gevolgd. De Werkgroep Jeugdgezondheidszorg heeft de zorg omschreven voor 0–19 jarigen, die in het kader van de Wcpv zou moeten worden uitgevoerd, ingedeeld naar productgroepen, producten en activiteiten. Vervolgens gaf de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie een samenhangend advies over de geformuleerde basistaken. Nuttige adviezen kwamen verder van de Sectie Jeugdgezondheidszorg van het Platform Openbare Gezondheidszorg. Vervolgens bracht de Werkgroep Differentiatie in juli

¹ Brief van 30 december 1993 aan de Tweede Kamer.

² Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats, november 1996.

³ Kamerstukken II, 1996/1997, 22 984, nr. 13.

2000 binnen het basistakenpakket een differentiatie aan in een landelijk uniform deel (zonder gemeentelijke beleidsvrijheid) en een op de lokale situatie en zorgbehoefte van de jeugdige afgestemd maatwerk deel. De Tweede Kamer onderschreef in november 2000 de visie van de Staatssecretaris op¹ de verantwoordelijkheidsverdeling bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg: integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0–4 jarigen en die voor 4–19 jarigen, differentiatie binnen het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg onder regie van de gemeenteraad en handhaving van een AWBZ-gefinancierd Rijksvaccinatieprogramma en screenings op PKU, CHT en AGS. De AWBZ-gelden voor de overige uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar worden overgeheveld naar een specifieke regeling.

Op 22 februari 2001 tekenden de ministers van VWS en BZK en de voorzitters van de VNG en van GGD Nederland in Leiden het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg. Het contract heeft tot doel de versterking van de openbare gezondheidszorg. Partijen committeren zich in dit contract onder meer expliciet tot het aanpakken van (dreigende) achterstanden bij jonge kinderen in hun ontwikkeling.

Wijzigingsvoorstellen

De belangrijkste voorgestelde wijzigingen zijn (1) de herformulering van enkele gemeentelijke taken, (2) de opdracht aan de gemeente om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen, (3) de verankering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, (4) de introductie van de mogelijkheid jeugdgezondheidszorgtaken door anderen dan de GGD te laten uitvoeren, (5) de codificatie van enige Rijkstaken. De in (1) bedoelde taken zijn in hoofdzaak ontleend aan het advies van de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie² en de in (3) bedoelde taken aan de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Een en ander vergt niet alleen wijziging van de wet maar ook van het Besluit collectieve preventie volksgezondheid (Bcpv). In het Besluit immers worden de wettelijke taken van de gemeente in deeltaken uitgeschreven. Na de parlementaire behandeling van onderhavig voorstel tot wijziging van de Wcpv zal het Besluit collectieve preventie volksgezondheid aan de wetswijziging worden aangepast. Gezien de eigen systematiek en de breedte van het onderwerp in relatie tot de overige vijf basistaken wordt voorgesteld om de onderverdeling van de taken van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg niet in het bestaande Bcpv onder te brengen maar in een afzonderlijk besluit. Het eindresultaat van deze wijzigingen zal zijn: duidelijker omschrijvingen van de onderdelen van de collectieve preventie en van de taken daarin van gemeente en Rijk.

Gemeentelijke taken

De Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie legde in de Hoofdlijnennotitie een basispakket neer dat elke GGD zou dienen uit te voeren. Dit pakket omvat: bevorderingstaken, medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Het pakket vormt een nuttige operationalisatie van het begrip collectieve preventie. Een taak hoort in het basispakket thuis als wetenschappelijk gebleken is, dan wel, bij gebreke daarvan, als deskundigen aannemelijk achten, dat de betreffende actie tegen redelijke kosten de kans op gezondheidswinst vergroot. Hiermee is tegelijk gezegd dat alle gemeenten tenminste dit basispakket aan hun inwoners moeten aanbieden. De gemeentelijke beleidsvrijheid van de Wcpv brengt daarnaast mee dat plaatselijke accentverschillen zullen bestaan waar gemeenten specifiek gezondheidsbeleid op voeren, bijvoorbeeld voor risicogroepen.

¹ Kamerstukken II, 1999/2000 en 2000/2001, 27 004, nrs. 1–4

² Hoofdlijnennotitie, juli 1998.

De meeste van de door de Stuurgroep genoemde taken komen al in artikel 2 of artikel 3 voor.

Medische milieukunde is te vinden in het bestaande artikel 2, tweede lid, onder b, in de woorden: met gevolgen voor het leefmilieu. Voor de duidelijkheid wordt voorgesteld om medisch-milieukundige zorg met zoveel woorden als taak op te nemen. De door de Stuurgroep benoemde taken in artikel 2, tweede lid, onder c, als het bevorderen van de hygiëne en de psycho-hygiëne. Voorgesteld wordt om ook deze taken afzonderlijk in artikel 2, tweede lid, op te nemen.

Gemeenten moeten in staat gesteld worden om de noodzakelijke afstemming tussen de jeugdgezondheidszorg, het lokaal jeugdbeleid en de jeugdzorg (de ketenbenadering) tot stand te brengen, uitvoerende organisaties van het basistakenpakket (GGD'en en consultatiebureaus) opdracht te geven om de basistaken uit te voeren en te bevorderen dat de uitvoerende organisaties een samenwerkingsverband aangaan en daartoe voorwaarden te stellen voor het toekennen van de benodigde middelen. De regierol van gemeenten betekent het zorgdragen voor integrale uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) en voor goede afstemming bij de uitvoering van het uniform en het maatwerk deel van het basistakenpakket en het bevorderen van de samenhang met andere voorzieningen ten behoeve van de jeugd, zoals Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) en jeugdzorg. Gemeenten krijgen daartoe sturingsinstrumenten bij de toegankelijkheid van voorzieningen, zoals bij de beschikbaarheid van consultatiebureaus in bepaalde gebieden. Gemeenten zullen daarbij verantwoording moeten afleggen over het gevoerde beleid en over de feitelijke uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Het is van groot belang dat kinderen die risico lopen op ontwikkelingsachterstanden tijdig kunnen worden aangesproken. Consultatiebureaus spelen hierin vanwege hun bereik een belangrijke rol. Voor een effectieve signalering, doorverwijzing en motivering en begeleiding van ouders is een sluitend netwerk van in ieder geval consultatiebureaus, peuterspeelzalen, GGD'en en basisscholen vereist. De versterking van de regieverantwoordelijkheid van gemeenten voor de jeugdgezondheidszorg draagt bij aan de totstandkoming van een sluitende aanpak voor het 0-6 jarigenbeleid en de mogelijkheid om de consultatiebureaus hierin een belangrijke rol te laten vervullen. In 2001 heeft het kabinet f 35 mln. (€ 15 882 307,56) beschikbaar gesteld in de vorm van de (Tijdelijke) regeling vroegsignalering, voor het faciliteren van de consultatiebureaus om extra inspanningen te kunnen leveren in het maatwerk deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

De geïntegreerde jeugdgezondheidszorg maakt deel uit van het brede lokale jeugdbeleid (inclusief kinderopvang) en het gemeentelijke openbare gezondheidsbeleid. Gemeentelijke regie is daarbij een logische voorwaarde, passend in de afspraken uit «Jeugdbeleid in Ba(la)ns», gemaakt door kabinet, Inter Provinciaal Overleg (IPO) en VNG, in het kader van het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl (BANS). Daarin is opgenomen dat er voor jeugdigen een sluitend aanbod van verschillende voorzieningen moet zijn, zowel binnen als tussen de verschillende levensfasen. De jeugdgezondheidszorg, in het bijzonder het consultatiebureau, vervult een belangrijke functie als vindplaats en bron van informatie voor aanpalende en samenhangende beleidsterreinen in het kader van de vroegtijdige signalering. Daarbij kan uitdrukkelijk gewezen worden op de beleidsterreinen Gemeentelijk Onderwijs Achterstandsbeleid (GOA), Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) en Justitie. Het zijn immers de consultatiebureaus die 97% van de kinderen reeds in de zuigelingenleeftijd onder ogen krijgen. De beleidsmatige potentie van dit gegeven zal in de komende tijd verder ontwikkeld worden.

In overeenstemming met de besluiten van het Algemeen Overleg over de jeugdgezondheidszorg van 23 november 2000 zal de uitvoering van de

jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdscategorie 0–4 jarigen, de werkzaamheden die sinds jaar en dag door de consultatiebureaus worden uitgevoerd, onder gemeentelijke regie worden geplaatst. Het Rijksvaccinatieprogramma en de perinatale screening op de aangeboren stofwisselingsziekten PKU, CHT en AGS blijven geregeld en gefinancierd in het kader van de Algemene wet bijzondere ziektekosten. De uitvoering van het «AWBZ»-vaccinatieprogramma blijft plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de entadministraties.

Het eerdergenoemde basistakenpakket jeugdgezondheidszorg vormt het uitgangspunt voor de wettelijke omschrijving van de inhoud van de zorg. Het basistakenpakket kent drie niveaus: zes zogenoemde productgroepen, waar nodig onderverdeeld in producten, op hun beurt waar nodig onderverdeeld in activiteiten. De inhoud van het pakket is gedifferentieerd in een uniform deel en een op de plaatselijke omstandigheden en op de behoefte van de jeugdige afgestemd maatwerk deel. Het uniform deel omvat zorg die aan iedereen in de doelgroep op uniforme wijze moet worden aangeboden; gemeentelijke beleidsvrijheid is daar niet aan de orde. Omdat deze figuur nieuw is in de Wcpv is het goed haar een plaats te geven in de wet zelf. Het ligt vervolgens voor de hand het eerste niveau van differentiatie van de gemeentelijke jeugdgezondheidszorgtaak in de wet op te nemen en het tweede niveau in de algemene maatregel van bestuur. Voor de duidelijkheid worden enige voorbeelden gegeven van uniforme taken: het beoordelen van de lichamelijke verschijning van de jeugdige, van zijn groei, ontwikkeling en functioneren. Als voorbeelden van maatwerktaken zijn te noemen: het geven van individuerichte en van groepsgerichte voorlichting en het formuleren van maatregelen afgestemd op gezin, buurt of school van de jeugdige. De indelingsterminologie van de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg (productgroepen, producten en activiteiten) wijkt af van het begrippenkader dat in de Wcpv wordt toegepast. Om deze reden wordt hier gesproken over deeltaken (wet, artikel 3a) en werkzaamheden (algemene maatregel van bestuur). Aangezien de in het basistakenpakket gebruikte terminologie reeds in het veld gangbaar is, zal deze – teneinde verwarring te voorkomen – bij het gebruik daarvan worden gecontinueerd. De differentiatie van de deeltaken in werkzaamheden zal na afloop van de parlementaire behandeling van de huidige voorstellen worden uitgeschreven in een afzonderlijk besluit jeugdgezondheidszorg. Een eventuele verdere uitwerking c.q. inhoudelijke onderbouwing van de werkzaamheden (de «activiteiten» van de werkgroep) in standaarden en protocollen, is geen taak voor de wetgever; zij wordt overeenkomstig de Kwaliteitswet zorginstellingen overgelaten aan het veld van de jeugdgezondheidszorg. De differentiatie in een uniform deel en een maatwerk deel zal worden vastgelegd in het Besluit jeugdgezondheidszorg. Voor de bekostiging van het uniform gedeelte zal een specifieke regeling worden ontworpen die drie jaar van kracht zal zijn. Gegeven de constatering dat de werkzaamheden die vanouds door de consultatiebureaus worden uitgevoerd worden aangemerkt als jeugdgezondheidszorg in de zin van de Wcpv kan artikel 5, eerste lid, Wcpv gelezen worden als een obstakel voor uitvoering van Wcpv-taken door een andere organisatie dan de GGD. Daarom wordt een artikel 5a voorgesteld, dat het mogelijk maakt bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat de gemeenteraad de uitvoering van bij die maatregel aangegeven onderdelen van uitvoeringstaken in de jeugdgezondheidszorg kan overlaten of mede kan overlaten aan een ander dan de GGD. Naast de in de Wcpv genoemde taken heeft de gemeente uiteraard, op grond van andere wetten, nog andere taken op het gebied van de volksgezondheid. Voorbeeld is de Infectieziektenwet.

Gemeentelijke nota gezondheidsbeleid

Al bij brief van 20 mei 1997¹ werd het voorstel van de Commissie-Lemstra onderschreven om in de Wcpv de opdracht aan de gemeente op te nemen om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft met haar projecten van regionale gedachtenwisselingen en het VNG/GGD Nederland-project «van intenties naar inhoud» haar instemming laten blijken. Een aantal gemeenten heeft al dergelijke nota's uitgebracht. Door in de Wcpv met zoveel woorden op te nemen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid vaststellen worden gemeenten uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren. Het beleid van de gemeente inzake openbare gezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de Wcpv door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn). Het past ook bij het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie² om het draagvlak voor de basistaken te versterken en te behouden. De gemeenteraad geeft in de nota aan hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting. Verwacht mag worden dat de gemeenteraad daarbij ingaat op de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie die de minister elke vier jaar vaststelt. Gezien artikel 2, tweede lid, onder a, zullen de gemeenten in de nota een beschrijving geven van de gezondheidstoestand van hun inwoners, doelen stellen op populatieniveau en verbanden aangeven met andere gemeentelijke beleidsterreinen. Verder ligt voor de hand dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten, met zorgverzekeraars, met zorgaanbieders en met patiënten/consumentenorganisaties. De gemeentelijke beleidsnota kan ook aandacht besteden aan de verbetering van de communicatie over het beleid, van de bereikbaarheid (alarmnummers, en dergelijke) en van de kenbaarheid voor burgers. De nota's zullen naar verwachting aangeven op welke punten een gemeente-overstijgende aanpak wordt gevolgd. Het staat de gemeenten, die hun taken op het gebied van de collectieve preventie hebben gebundeld in een regionale gezondheidsdienst, vrij om in onderling overleg te komen tot een gezamenlijke nota met desgewenst specifieke paragrafen voor elke gemeente afzonderlijk. Het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie³ om aan de nota een plan van aanpak toe te voegen wordt ondersteund. Gemeenten formuleren regelmatig beleidsvisies over delen van hun gezondheidsbeleid, al dan niet als onderdeel van nota's op terreinen als ouderenbeleid, jongerenbeleid, welzijn of wonen; de nota gezondheidsbeleid kan naar dergelijke passages verwijzen, want de nu in de Wcpv op te nemen verplichting is zeker geen uitnodiging dubbel werk te doen.

De voorgestelde verschijningsfrequentie van de gemeentelijke nota van eens per vier jaar sluit aan bij het ritme van de gemeenteraadsverkiezingen. Ook uit het oogpunt van het tempo waarin maatschappelijke verschuivingen optreden lijkt vier jaar een geschikte frequentie. Als termijn voor de verschijning van de eerste gemeentelijke nota wordt juli 2003 voorgesteld, namelijk ruim een jaar na de gemeenteraadsverkiezingen (6 maart 2002). In de volgende paragraaf wordt de relatie gelegd met de daar voorgestelde landelijke nota, eveneens vierjaarlijks. De gemeentelijke nota kan worden uitgebracht door individuele gemeenten. Zij kan daarnaast het gezamenlijk product zijn van in een GGD-regio samenwerkende gemeenten.

Omdat het maken van een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid geen onderdeel vormt van de collectieve preventie zelf is zij niet in artikel 2 of artikel 3 ondergebracht maar in een afzonderlijk artikel.

¹ Kamerstukken II, 1996/1997, 22 894, nr. 13.

² Hoofdlijnnotitie, juli 1998, p. 12.

³ Hoofdlijnnotitie, juli 1998, p. 12.

Rijkstaken

Met de inwerkingtreding van de Wcpv werden enige subsidieregelingen ingetrokken en werden de betreffende middelen naar het gemeentefonds overgebracht. Het Rijk trad dus enigszins terug. De Commissie-Lemstra bepleit echter dat het Rijk ambities en beleidsdoelen voor het eigen beleid formuleert. De waarde van dit pleidooi wordt onderkend, en de Wcpv lijkt hiervoor een geschikt forum. Het is van belang in de wet tot uitdrukking te laten komen dat de collectieve preventie een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van gemeenten en Rijk, en dat genoemde bestuurslagen eigen – en complementaire – taken vervullen. Beide hebben de taak te werken aan continuïteit en aan samenhang met andere beleidsterreinen en met de curatieve zorg; en beide bewaken – op eigen niveau – gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.

Hierbij dient de minister de voorwaarden te scheppen voor het bereiken van kwaliteit en doelmatigheid in de uitvoering van de collectieve preventie. Dit door activiteiten op landelijk niveau te faciliteren, die passen binnen het rijksbeleid en de prioriteiten ter zake. Dit betreft activiteiten van door de minister gesubsidieerde instellingen, onderwijs, opleiding en onderzoek, de platform- en overlegfunctie, voorlichtingscampagnes, en dergelijke. Hij kan ontwikkelingen stimuleren en ervaringen en onderzoeksresultaten uitdragen.

Het is in dit verband gewenst dat de minister regelmatig landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie formuleert zoals de onderbouwing voor uit te voeren programma's, verslag doet van voortgang en resultaten van lopende en uitgevoerde programma's, een overzicht geeft van de strekking van de gemeentelijke nota's en zijn visie geeft op ontwikkelingen die in de voorafgaande periode van vier jaar in de collectieve preventie plaatsvonden. De minister kan daarbij relaties leggen met het kabinetsbeleid op andere punten, bijvoorbeeld het grote steden beleid. De nota gezondheidsbeleid van de minister zal ook initiatieven bevatten die bijdragen aan een goede uitvoering van de basistaken van de collectieve preventie.

De minister draagt er zorg voor dat voldoende epidemiologische gegevens beschikbaar komen over de gezondheidssituatie van de bevolking, uit bronnen als de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (RIVM). Het ligt voor de hand dat hierbij ook de inbreng van deskundigen en van veldpartijen wordt gevraagd. De aldus vastgestelde landelijke prioriteiten kunnen de uitgangspunten bieden voor de gemeentelijke gezondheidsnota's.

Net als bij de gemeentelijke nota is gekozen voor een periodiciteit van eens in de vier jaar. Als termijn voor de verschijning van de eerste landelijke nota wordt 2002 voorgesteld, dus ruim vóór de voor de eerste gemeentelijke nota voorgestelde termijn. Op die manier kunnen de gemeentelijke nota's acht slaan op de inhoud van de landelijke nota. Op deze wijze ontstaat een cyclisch proces waarin de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen.

In samenhang met de opnemings van rijkstaken wordt voorgesteld artikel 6a te vernummeren tot 7a.

Handhaving en toezicht

Het toezicht op de naleving van de Wcpv is afdoende geregeld. Om te beginnen belast artikel 6a (artikel 7a, nieuw) het Staatstoezicht op de volksgezondheid met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens deze wet bepaalde. De Inspectie voor de Gezondheidszorg oefent deze taak uit volgens een door de minister geaccordeerd handavingsplan. Het algemeen toezicht vindt plaats volgens een gestandaardiseerde werkwijze, zodat de gegevens van de GGD'en onderling vergelijkbaar zijn. Elke GGD (en de thuiszorgorganisaties met de consultatiebureaus) wordt op

deze wijze tenminste één maal per vier jaar geïnspecteerd. De inspectie kan nagaan of de prioriteiten op de vastgestelde gezondheidsproblematiek zijn afgestemd en of zij doelmatig worden nagestreefd. In elk geval kan zij nagaan of de basistaken feitelijk worden uitgevoerd en of aan randvoorwaarden voldaan is. Na invoering van de verplichting voor gemeenten om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen kan de inspectie ook nagaan wanneer de jongste nota verscheen, of deze alle Wcpv-taken behandelt en of de in de nota beschreven voornemens voldoende doorwerken in de uitvoering van de taken. Daarnaast vinden specifieke inspecties plaats om een beeld te geven van de stand van zaken op een deel terrein. Tegelijkertijd wordt in overleg met GGD Nederland een zogenoemd benchmark-systeem ontwikkeld. Verder kan de inspectie natuurlijk interveniëren bij incidenten en calamiteiten.

Voor de bijzondere situatie van artikel 3, tweede lid, heeft de Minister van VWS een aanwijzingsbevoegdheid.

Voorts is «de collectieve preventie die betrekking heeft op tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen, Aids of een epidemie van infectieziekten en de collectieve preventie ter zake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen vanaf vier jaar» aangewezen als zorg in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, zodat daarop de instrumenten van die wet kunnen worden aangewend. Aan het realiseren van de doelstellingen van het kwaliteitbeleid wordt door de inzet van een aantal instrumenten bijgedragen: standaarden en protocollen, effectonderzoeken, een adequate registratie en monitoring, een Platform Jeugdgezondheidszorg en een integraal en elektronisch dossier. Het is in dit kader primair de verantwoordelijkheid van beroepsgroepen om standaarden en protocollen op te stellen over de uitvoering van collectief-preventieve taken, en deze periodiek te actualiseren. De minister heeft hierbij een stimulerende rol. Een goed voorbeeld van kwaliteitsbeleid door de beroepsgroep is het visitatieprogramma TBC, georganiseerd vanuit de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose. De omschrijving van het krachtens de Kwaliteitswet aangewezen terrein zal, na de parlementaire behandeling van de huidige wijzigingsvoorstellen, met de nieuwe formulering in overeenstemming worden gebracht. Hierbij is ook de evaluatie van de Kwaliteitswet van belang, die nu gaande is.

Voor het uniforme deel van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg is een specifieke kwaliteitsborging door de beroepsgroepen op zijn plaats alsmede gericht toezicht door de inspectie. In elk geval dient met kracht verder gewerkt te worden aan de ontwikkeling van een elektronische versie van het huidige integraal dossier jeugdgezondheidszorg. Het dossier dient toegankelijk te zijn voor de hulpverlener die het kind ziet en voor geautoriseerde anderen in het systeem. Gegevens uit het dossier, geanonimiseerd en geaggregeerd, kunnen vervolgens waardevol epidemiologisch materiaal opleveren voor planning en beleid.

Voor de uitvoering van een of meer taken in de jeugdgezondheidszorg en voor de ontwikkeling en uitvoering van het integrale individuele dossier, is de gemeente verantwoordelijk voor de verstrekking van de benodigde gegevens aan de uitvoerende partijen.

Tenslotte vallen de gemeenten uiteraard onder de Gemeentewet; hierbij zijn van belang de artikelen 114–116, 123 en 124.

Financiën

Het toekennen van gemeentelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de in de wet verankerde basistakenpakketten alsmede voor het voeren van de regiefunctie impliceert dat gemeenten moeten kunnen beschikken over de bijbehorende middelen. Behoudens de uitbreiding van de JGZ met 0–4 jarigen heeft de wetswijziging geen gevolgen voor gemeenten en wordt uitgegaan van de huidige situatie. De wetswijziging betekent onder meer de invoering van een basistakenpakket JGZ voor 0–19 jaar.

Het basistakenpakket JGZ zal worden onderscheiden in een uniform deel en een maatwerk deel.

Voor de financiering van het uniforme gedeelte zal ongeveer f 300 mln. (€ 136 134 064,83) uit de AWBZ worden overgeheveld, voor de financiering van het maatwerkgedeelte zullen de middelen uit het Gemeentefonds worden aangewend die thans beschikbaar zijn voor de JGZ 4–19 jaar. Voor het uniform gedeelte zal een specifieke regeling worden ontworpen die drie jaar van kracht zal zijn. Op basis van de in overleg met partijen overeengekomen criteria zal een evaluatie plaatsvinden die noodzakelijk is voor het oordeel over de wijze van financiering na beëindiging van de specifieke regeling. Uitgangspunt is dat uiteindelijk de gehele financiering van het basistakenpakket via het Gemeentefonds zal plaatsvinden.

Beoogd wordt dat het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, overeenkomstig het regeerakkoord, op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd.

Budgettaire verruiming vindt plaats door de bij de Zorgnota 2001 structureel beschikbaar gestelde f 35 mln. (€ 15 882 307,56) voor extra activiteiten door de consultatiebureaus in de sfeer van de vroegsignalering, de (Tijdelijke) regeling vroegsignalering. Voor de verdeling hiervan is een ministeriële regeling getroffen op grond van artikel 3 van de Kaderwet volksgezondheidssubsidies. Verder kunnen gemeenten tot en met 2005 voor innovatieve projecten een beroep doen op het Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

Onderdeel A, onder 2

De huidige wijziging beoogt de integratie van de jeugdgezondheidszorg 0–4 jarigen en de jeugdgezondheidszorg 4–19 jarigen. Deze bovengrens van 19 jaar wijkt af van de burgerrechtelijke meerderjarigheidsgrens van 18 jaar. De keuze voor 19 jaar is ingegeven door het feit dat een niet onbelangrijk deel van de 19-jarigen nog schoolgaand is en die schoolpopulatie voorwerp van aandacht in de jeugdgezondheidszorg vormt. Om deze reden is het ook gewenst de bovengrens van 19 jaar duidelijk tot uitdrukking te brengen in een definitiebepaling. Het rijksvaccinatieprogramma en de screening op PKU, CHT en AGS blijven gefinancierd via de AWBZ. Deze programma's horen echter wel tot de jeugdgezondheidszorg en tot de collectieve preventie. De reguliere gezondheidszorg aan jeugdigen, veelal naar aanleiding van klachten, wordt niet tot de jeugdgezondheidszorg gerekend.

Bovendien is de leeftijdsafgrenzing van 0 tot 19 jaar voor de jeugdgezondheidszorg als geheel te grofmazig voor een aantal taken daarbinnen. Een mogelijkheid tot leeftijdsdifferentiatie is geboden. Zo is bijvoorbeeld de zorg via consultatiebureaus beperkt tot kinderen in de leeftijd van 0–4 jaar. Het voorgestelde nieuwe derde lid van artikel 1 geeft de mogelijkheid tot leeftijdsdifferentiatie of tot een (leeftijd) cohortsgewijze opbouw van de zorg te komen.

De term jeugdgezondheidszorg is ontleend aan de Stuurgroep Basistaken en de Werkgroep Differentiatie Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Zij bestond overigens al veel langer.

Onderdeel C, onder 1, onder a

De bepaling «met gevolgen voor het leefmilieu» kan verwarring wekken. Bedoeld is dat gemeenten de gezondheidsaspecten bewaken van bestuurlijke beslissingen zowel op terreinen als wonen, werken, sociale zekerheid,

welzijn en onderwijs, als op het terrein van het milieu in de zin van ecologie. Dat past ook bij de ruime opdracht aan de gemeentelijke gezondheidsdienst in artikel 5, tweede lid, namelijk de gemeenteraad te adviseren over besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie.

Onderdeel C, onder 1, onder b

Met dit voorstel wordt de keuze van de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie gevolgd om medische milieukunde als zelfstandige taak van de GGD aan te merken. De stuurgroep beschrijft medische milieukunde als de leer van de invloed van de fysieke omgeving op de gezondheid van de mens.

De Stuurgroep beschouwt technische hygiënezorg en openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) terecht als onderdelen van het basispakket dat elke GGD zou dienen uit te voeren. Deze begrippen zijn moderne benamingen voor de nu in artikel 2, tweede lid, onder c, aan de gemeente opgedragen taken hygiëne en psycho-hygiëne. Het begrip technische hygiëne verdient de voorkeur boven hygiëne omdat het preciezer weergeeft wat voor activiteiten worden bedoeld. Het begrip psycho-hygiëne geldt als verouderd. Omdat het gaat om twee zeer verschillende werkterreinen wordt voorgesteld om voor deze taken afzonderlijke onderdelen (e en f) op te nemen, en wel onder de benamingen van de Stuurgroep.

Onder technische hygiënezorg is te verstaan: nagaan waar een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen (bijvoorbeeld legionella, infecties van het maag-darmkanaal, via bloed overdraagbare aandoeningen zoals HIV-infecties en hepatitis B) en maatregelen voorstellen om die risico's in te dammen. Dit kan, behalve door de GGD, ook door anderen worden gedaan. De gemeente dient zich ervan te vergewissen dat bedrijven, instellingen en grote evenementen waar dergelijke risico's bestaan passende maatregelen nemen. In dit verband is een grote diversiteit aan instellingen te noemen: kindercentra, basisscholen (groepen 1 en 2), instellingen vallend onder de Wet op de jeugdhulpverlening, en grote evenementen (legionella); verder piercing- en tatoeage-studio's en seks- en relaxhuizen en tenslotte asielzoekerscentra, grootkeukens, noodnachtvoorzieningen en sauna's. Uiteraard is ter beheersing van dit risico ook regelgeving vanuit het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer van kracht.

Voor het bereiken en handhaven van een goede openbare geestelijke gezondheidszorg is op bestuurlijk niveau samenwerking tussen zorgverzekeraars en overheid essentieel, en op uitvoerend niveau tussen GGD, ambulante geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Ook de openbare geestelijke gezondheidszorg wordt gevraagd en ongevraagd aangeboden. Sociaal-medische advisering daarentegen (bijvoorbeeld in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten, de Bijstandswet of de wetgeving op het gebied van de volkshuisvesting) vindt plaats op initiatief van de consument/ patiënt. Een gunstige ontwikkeling is het op 19 oktober 1999 tussen partijen gesloten «Convenant tot uitvoering van het beleid inzake openbare geestelijke gezondheidszorg». Partijen verplichten zich samen te werken in een landelijk platform oggz. Zij nemen op zich om lokaal tot convenanten te komen over: gemeenschappelijke doelstellingen (zoveel mogelijk vertaald in meetbare prestaties), het basisaanbod aan oggz-activiteiten, de taakverdeling tussen betrokken instellingen, vorm en inhoud van het overleg (politiek-bestuurlijk, uitvoering en financiering), kwaliteitseisen en de wijze van af te leggen verantwoording.

Onderdeel C, onder 2

Het is gewenst om de in de onderdelen c-f gecodificeerde taken in deel-

taken te kunnen detailleren. Deze mogelijkheid bestond in het Besluit al voor onderdeel d (nu onderdeel c).

Onderdeel D

Dit voorstel is voornamelijk redactioneel van aard. Het is om redenen van duidelijkheid gewenst de, nu geïntegreerde, jeugdgezondheidszorg in een afzonderlijk artikel (artikel 3a) te regelen.

Onderdeel E

De omschrijving van de deeltaken in artikel 3a, tweede lid, sluit nauw aan bij die welke door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg is geformuleerd en in juli 2001 door de Werkgroep Differentiatie Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg is gegeven. Ter wille van de herkenbaarheid is aan de eerste vijf van de door de Werkgroep omschreven «productgroepen» in het tweede lid een afzonderlijk onderdeel gewijd. Van «productgroep 7» (sturing: beleid en kwaliteit) is terecht vastgesteld dat het voor de jeugdgezondheidszorg geen uitvoerende maar een ondersteunende en voorwaardenscheppende taak is, die dus niet in de Wcpv thuishoort. In «productgroep 6» heeft de werkgroep het oog op het opstellen van individuele zorgplannen, het coördineren van de aan individuen te verlenen zorg, het bijhouden van individuele gezondheidsdossiers van jeugdigen en het overleggen en samenwerken met zorginstellingen binnen en buiten de collectieve preventie. Overwogen is om deze productgroep op te nemen als onderdeel f. Na ampel beraad is hiervan afgezien om doublures met artikel 2, eerste lid, te voorkomen. Besloten is dat deze werkzaamheden niet nogmaals door de wetgever als taak behoeven te worden voorgeschreven: de eerstgenoemde taken vormen randvoorwaarden voor een normale beroepsuitoefening en het bevorderen van afstemming is al ingevolge artikel 2, eerste lid, een gemeentelijke taak. Dit laat onverlet dat productgroep 6 een essentieel onderdeel vormt van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

De behoefte van de jeugdige aan zorg (onderdeel b) is uiteraard niet slechts individueel bepaald maar hangt ook samen met het behoren tot een of meer risicogroepen.

De in onderdeel c genoemde taak omvat niet het aanbieden van de «AWBZ»-vaccinaties en de screenings op PKU, CHT en AGS, echter wel het aanbieden van vaccinatie tegen hepatitis B of tuberculose als vermoed wordt dat de jeugdige ter zake risico loopt.

Artikel 3a, derde lid, zal de wettelijke basis vormen voor de introductie van door de gemeenteraden uniform uit te voeren activiteiten in de collectieve preventie.

Onderdeel F

Artikel 5a wordt voorgesteld met het oog op de regie van de gemeenteraad over de consultatiebureaus.

Onderdeel G

Op redactionele gronden wordt voorgesteld artikel 6a te vernummeren tot 7a.

Onderdeel H

In het belang van continuïteit en samenhang binnen de collectieve preventie wordt in artikel 7 aan de Minister van Volksgezondheid een aantal, overigens tamelijk vanzelfsprekende, taken opgedragen.

Artikel II

Om de in de paragraaf gemeentelijke taken omschreven gedeelten van de jeugdgezondheidszorg verantwoord en tijdig van de AWBZ naar de Wcpv te kunnen overbrengen is gekozen voor inwerkingtreding op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart