

Vergaderjaar 2005–2006

**30 300 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006**

**Nr. 107**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 december 2005

Op 2 november heb ik u het rapport «Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aangeboden (kamerstuk 30 300 XVI, nr. 26). In dat rapport schetst de IGZ een duidelijk beeld van de situatie en het belang van de openbare gezondheidszorg bij de aanpak van volksgezondheidsproblemen. In deze brief geef ik u mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mijn standpunt op de resultaten en conclusies van de IGZ.

#### **Kern van het rapport**

De IGZ concludeert dat de openbare gezondheidszorg en de kwaliteit van de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) de afgelopen 10 jaar merkbaar verbeterd zijn. Het rapport richt zich vooral op de inzet van gemeenten, hun GGD'en en de thuiszorgorganisaties die jeugd-gezondheidszorg verzorgen. Gemeenten hebben het gezondheidsbeleid hoger op de agenda gezet en gekregen. De IGZ concludeert echter ook dat de openbare gezondheidszorg op dit moment nog onvoldoende is toegerust om opkomende gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, adequaat aan te pakken. Tegelijkertijd merkt de IGZ op dat de huidige structuur van de openbare gezondheidszorg een goede basis vormt om noodzakelijke verbeteringen door te voeren.

#### **Kern van mijn reactie**

Ik ben verheugd met de verbeteringen die de IGZ constateert op dit terrein. Daarin zie ik een belangrijke ondersteuning van het beleid dat de betrokken partijen samen met VWS de laatste jaren heeft ingezet. Tot mijn genoegen blijkt uit het rapport dat de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)<sup>1</sup> in 2003 zijn vruchten afwerpt. Op basis daarvan heb ik in datzelfde jaar de eerste landelijke preventienota<sup>2</sup> uitgebracht.

<sup>1</sup> Belangrijkste wijzigingen in deze wet, die op 1 januari 2003 in werking is getreden: herformuleren van enkele gemeentelijke taken; opdracht aan gemeenten elke 4 jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen; plicht voor het Rijk elke 4 jaar een Rijksnota uit te brengen; invoeren basistakenpakket jeugd-gezondheidszorg 0–19 jarigen en de mogelijkheid deze taken door instellingen voor zorg aan ouder en kind te laten uitvoeren.

<sup>2</sup> Kabinetsnota «Langer Gezond Leven: Ook een kwestie van gezond gedrag», 22 894, nr. 20 van 31 oktober 2003.

Ik hecht groot belang aan de conclusies en aanbevelingen van de IGZ. De uitvoering van de openbare gezondheidszorg is voor een groot deel neergelegd bij gemeenten. Verbeteringen op dit terrein zijn dan ook een gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten, GGD'en en rijksoverheid. Ik ben van plan in overleg met de partijen de uitvoering van de openbare gezondheidszorg als volgt te versterken:

- *Aanpak gezondheidsproblemen*: uitvoering op lokaal niveau (gemeenten) stimuleren en landelijke regie versterken op het terrein van gezondheidsbevordering;
- *Vorbereiding op epidemieën*: landelijke draaiboeken implementeren en ministeriële verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij uitbraken van bepaalde infectieziekten naast de gemeentelijke uitvoeringsverantwoordelijkheid beter wettelijk verankeren;
- *Zorg voor kinderen met psychosociale problemen*: uniforme gegevensverzameling op lokaal niveau stimuleren, protocollen ontwikkelen om (psychosociale) problemen vroegtijdig te signaleren en interventies toe te passen.

### **Inhoud van het rapport**

Het rapport betreft een onderzoek van de IGZ naar de bestuurlijke betrokkenheid bij en de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg in Nederland. Centraal staat de vraag: «Is de openbare gezondheidszorg voldoende op zijn taak berekend om huidige en opkomende volksgezondheidsproblemen adequaat aan te pakken?» Om deze vraag te beantwoorden is onderzoek uitgevoerd naar het gemeentelijke gezondheidsbeleid, de kwaliteit van GGD'en en de thuiszorgorganisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren, de voorbereiding op epidemieën en de zorg voor onverzekerden en mensen zonder huisarts in relatie tot de vangnetfunctie van gemeenten.

De IGZ constateert in dit rapport dat gemeenten een flinke stap voorwaarts gemaakt hebben op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid. Een grote meerderheid van gemeenten heeft inmiddels een lokale beleidsnota gezondheidsbeleid opgesteld. Er zijn mede dankzij deze nota's nauwere banden ontstaan tussen gemeenten en hun GGD'en om meer inhoud te geven aan het gezondheidsbeleid. GGD'en leveren informatie aan voor de nota en worden vaker gevraagd voor beleidsadvies. De IGZ geeft echter ook aan dat de openbare gezondheidszorg op een aantal belangrijke punten nog verder verbeterd moet worden om de huidige volksgezondheidsproblemen aan te kunnen pakken. Ze benoemt daarbij vier problemen die meer aandacht verdienen: toename van het aantal mensen met overgewicht, een toenemend risico op grootschalige epidemieën, psychosociale problemen bij de jeugd en de vangnetfunctie voor onverzekerden zonder verblijfsvergunning.

### **Reactie VWS**

Zoals aangegeven ben ik verheugd over de verbeteringen die de IGZ constateert in de openbare gezondheidszorg. De IGZ merkt daarbij op dat de landelijke preventienota en het bundelen van expertise bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) daaraan in belangrijke mate heeft bijgedragen. Ik ben het echter met de IGZ eens dat er op onderdelen nog een aanzienlijke verbetering mogelijk is. Daarbij spreekt de IGZ terecht meerdere partijen in het speelveld aan. Hieronder ga ik in op de specifieke thema's die de IGZ beschrijft en de wijze waarop VWS in samenspraak met de andere betrokken partijen hiermee om zal gaan.

De IGZ constateert dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten sterk verbeterd is. Gemeenten hebben echter te weinig zicht in de omvang en gezondheidssituatie van de lokale bevolking. Verder zetten ze hun gezondheidsbeleid nog onvoldoende om in gerichte acties. Gemeenten kunnen veel meer gebruik maken van hun eigen instrumenten en van de expertise van landelijke instituten en GGD'en. Vooral op het terrein van de gedragsgerichte gezondheidsbevordering via GGD'en is nog een belangrijke verbetering mogelijk en nodig.

Ik ben het met de IGZ eens dat het verzamelen van lokale gegevens over de gezondheidssituatie van de lokale bevolking van groot belang is voor gemeenten om goed gemeentelijk gezondheidsbeleid te kunnen voeren. Inmiddels zijn met steun van VWS de monitors volksgezondheid en jeugdgezondheid ontwikkeld. Ik verwacht dat gemeenten deze monitors vanaf nu volop gaan gebruiken. Daarmee kunnen zij gegevens op uniforme wijze (laten) verzamelen, onderling vergelijken en tevens de beschikking krijgen over het landelijke beeld op basis van de lokale gegevens. De GGD'en werken op hun beurt hard om hun aanbod van effectieve interventies op het terrein van gezondheidsbevordering verder te verbeteren, ondermeer door het opstellen van een kernaanbod gezondheidsbevordering van getoetste interventies.

Vanuit de rijksoverheid zijn meerdere initiatieven gestimuleerd om de lokale aanpak te ondersteunen, zoals het versterken van de functie van gezondheidsbevordering, het in kaart laten brengen van beschikbare interventies via de QUI-database<sup>1</sup>, de Buurt Onderwijs en Sport-regeling, het convenant Lokaal Gezond dat de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland en het NIGZ in januari 2005 hebben ondertekend, en het ondersteunen van de 31 grootste gemeenten (G31) bij hun gezondheidsbeleid in het kader van het convenant Grote Steden. Ook van deze initiatieven kunnen gemeenten volop gebruik maken. Ik realiseer mij echter ook dat het landelijke aanbod op dit terrein nog teveel versnipperd is. Daarom zal ik het volgende in gang zetten om op lokaal niveau tot een meer effectieve aanpak te komen:

- Zorg (doen) dragen voor een meer adequate kennisinfrastructuur voor gezond leven:
  - a) betere onderlinge samenwerking tussen de gezondheidsbevorderende instituten (GBI's);
  - b) betere afstemming tussen de GBI's en ZonMW, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de VNG en GGD Nederland in het Kennisnetwerk Preventie dat in het voorjaar 2005 is opgericht;
  - c) oprichten van een centrum gezondheidsbevordering bij het RIVM;
- Bevorderen van lokale implementatie van landelijk beschikbare en effectief gebleken leefstijlinterventies;
- Stimuleren van landelijke programmatische invoering van preventieprojecten, die op lokaal niveau uitgetest en effectief gebleken zijn;
- Aangeven in de volgende landelijke preventienota (najaar 2006) wat er lokaal kan en zou moeten gebeuren aan gezondheidsbevordering om de beleidsspeerpunten (waaronder in ieder geval overgewicht) ook daadwerkelijk in te voeren. Dit zal bezien worden bij de op handen zijnde wijziging van de Wcpv;
- Taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en rijk op het gebied van gezondheidsbevordering steviger neerzetten.

*De lokale aanpak van overgewicht is niet effectief*

---

<sup>1</sup> [www.quidatabank.nl](http://www.quidatabank.nl)

De IGZ constateert dat de aanpak van overgewicht in gemeenten niet

effectief is. Gemeenten zetten de instrumenten die zij daartoe hebben onvoldoende in en maken onvoldoende gebruik van de mogelijkheden die de jeugdgezondheidszorg 0–19 op dit terrein heeft. In aanvulling op bovenstaande zal ik in combinatie met het actieplan convenant overgewicht, dat samen met betrokken maatschappelijke organisaties en belanghebbende marktpartijen wordt uitgevoerd, afspraken maken met gemeenten en GGD'en over hun aanpak van de overgewichtproblematiek. Dergelijke samenwerkings- en uitvoeringsafspraken kunnen onderdeel uitmaken van de landelijke preventienota. Daarnaast meld ik u dat in het actieplan van het Convenant Overgewicht het project SchoolGruiten (twee keer per week gratis verstrekken van een portie groente of fruit bij leerlingen op de basisschool) is opgenomen. Uit het proefproject is gebleken dat dit een effectieve interventie is om het groente- en fruitgebruik onder deze kinderen te verhogen. De intentie is nu om het project eerst door de zogenaamde «gruitgemeentes» en andere partijen lokaal over te laten nemen om uiteindelijk landelijk te implementeren. Samen met de convenantpartners wordt het realiseren van het vervolg van het project besproken. De gemeentes worden hierbij aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

*Nederland is nog onvoldoende voorbereid op epidemieën met grote gevolgen voor de volksgezondheid*

De IGZ constateert dat een sterkere centrale aansturing nodig is bij een uitbraak van infectieziekten, onder meer door het gebruik van landelijke draaiboeken. De IGZ merkt op dat VWS daartoe inmiddels de benodigde maatregelen heeft genomen, maar dat op een aantal punten verdere verbetering noodzakelijk is. Ook stelt de IGZ dat verdere schaalvergroting van GGD'en met een bovenregionale specialisatie onvermijdelijk is. Deze bovenregionale samenwerking voor bovenregionale functies draag ik uit. Recent is dit op het terrein van de aanvullende curatieve zorg voor seksueel overdraagbare aandoeningen vorm gegeven<sup>1</sup>. De IGZ ondersteunt het streven van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en mijzelf om te komen tot territoriale congruentie met de veiligheidsregio's met het oog op een goed georganiseerd systeem van rampenbestrijding. In dat licht heb ik de VNG een subsidie verstrekt om deze territoriale congruentie te bevorderen en te komen tot vergaande samenwerking op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Ook heb ik GGD Nederland gevraagd om in overleg met het RIVM een plan van aanpak op te stellen om tot de gewenste bovenregionale samenwerking op het gebied van de infectieziektebestrijding te komen, op basis waarvan ik GGD Nederland subsidie kan verlenen. Het RIVM en GGD Nederland zullen in de jaren 2006 en 2007 afspraken maken over de regionale samenwerking, het gebruik van landelijke draaiboeken en het oefenen op grootschalige infectieziektebestrijding.

Ik ben het met de IGZ eens dat meer mogelijkheden tot opschaling en een helderder wettelijke omschrijving van ministeriële taken en bevoegdheden nodig is bij mogelijke uitbraken van bepaalde infectieziekten. Daarom tref ik voorbereidingen om de daartoe noodzakelijke wijzigingen in wet of regelgeving op dit terrein door te voeren. De signalen en aanbevelingen van de IGZ zal ik daarbij betrekken.

*Er is weinig verbetering in de zorg voor kinderen met psychosociale problemen*

De IGZ constateert op basis van haar onderzoek dat de jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar te weinig bijdraagt aan de zorg voor kinderen met psychosociale problemen. De IGZ benoemt als specifiek knelpunt dat de continuïteit van de zorg vooral bij kinderen met problemen onvoldoende gewaarborgd is. De jeugdgezondheidszorg is hierbij één van de, overi-

---

<sup>1</sup> Subsidieregeling «publieke gezondheid» gepubliceerd in staatscourant van 19 september 2005 en brief van 24 oktober 2005 aan de TK over «aanvullende curatieve soa-bestrijding».

gens wel belangrijke, spelers in het lokaal preventief jeugdbeleid. Verder merkt de IGZ op dat GGD'en hierover te weinig gegevens verzamelen en dat de kwaliteit van de zorgverlening op dit punt onvoldoende is. Ik neem deze signalen van de IGZ uiterst serieus.

De IGZ constateert terecht dat de coördinatie van zorg bij kinderen met problemen van groot belang is. Ook binnen de operatie JONG – een samenwerkingsverband tussen de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), Justitie, Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en VWS – krijgt dit knelpunt veel aandacht. Zo wordt ondermeer in het kader van de Jongthema's vroegsignalering en zorg in en om het onderwijs gewerkt aan een oplossing. De operatie Jong moet tevens meer inzicht geven in de rol die de jeugdgezondheidszorg kan spelen in het lokale jeugdbeleid bij het volgen en signaleren van (risico)kinderen. Met de verwijsindex en met het elektronisch kinddossier dat de jeugdgezondheidszorg in 2007 invoert, heeft de jeugdgezondheidszorg hiervoor binnenkort een effectief instrument beschikbaar<sup>1</sup>.

Voor de kwaliteit van zorgverlening op dit terrein wijs ik op het rapport van de zogenaamde Inventgroep<sup>2</sup>. Daarin is in kaart gebracht welke effectief bewezen instrumenten voor het signaleren van risico's bij kinderen en eventuele bijbehorende interventies er zijn. In het voorjaar van 2006 zal ik in een brief aangeven hoe ik uitvoering ga geven aan de aanbevelingen uit het rapport van de Inventgroep. Binnen het ZonMW-programma jeugd, waarvoor op dit moment een programmeringsstudie wordt uitgevoerd, kunnen interventies gevalideerd en ontwikkeld worden. Ik heb de afgelopen jaren bijgedragen aan de ontwikkeling van de monitor jeugdgezondheid, die GGD Nederland, het RIVM en TNO gezamenlijk hebben ontwikkeld. In deze monitor worden gegevens over jeugdgezondheidszorg bij kinderen opgenomen, inclusief psychosociale problemen. In 2007 komt op basis van deze gegevens ook een landelijk beeld beschikbaar. Deze gegevens worden verder gebruikt voor de landelijke jeugdmonitor, die een beeld van de jeugd geeft aan de hand van de aandachtsvelden gezondheid en welzijn, criminaliteit en veiligheid, arbeid en onderwijs.

Het baart mij zorgen dat volgens de IGZ de integrale jeugdgezondheidszorg 0–19 onvoldoende tot stand komt en dat de jeugdgezondheidszorg onvoldoende invulling geeft aan de uitvoering van het basistakenpakket. De gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk op grond van de Wcpv. Ik wil hier echter bij opmerken dat de situatie die de IGZ beschrijft betrekking heeft op de jaren 2003/2004. Dit is kort na de inwerkingtreding van het Besluit jeugdgezondheidszorg in 2002 dat de basis vormt voor het integraal aanbieden van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Het integratieproces is nog volop in ontwikkeling. Ik verwacht dat de evaluatie van de jeugdgezondheidszorg, die in 2006 plaatsvindt, verbetering laat zien. Ik zal de signalen van de IGZ hierbij meenemen. Centrale vragen in de evaluatie zijn: 1. Wat heeft de gewijzigde Wcpv de kinderen in Nederland tussen 0 en 19 jaar voor verbeteringen gebracht. en 2. Is het bestuurlijke arrangement adequaat. De situatie wordt in beeld gebracht vanuit de invalshoeken inhoud/kwaliteit/beleid en bestuurlijk/financieel. Om de kwaliteit van de uitvoering van het basistakenpakket verder te verbeteren heb ik het RIVM gevraagd vanaf januari 2006 het centrum Jeugdgezondheid vorm te geven. Dit centrum zal ondermeer professionals ondersteunen bij de implementatie van het basistakenpakket. De activiteiten van het Platform Jeugdgezondheidszorg worden in dit centrum opgenomen.

---

<sup>1</sup> Brief aan TK van 5 december 2005 over elektronisch kinddossier en verwijsindex (kamerstuk 29 284, nr. 16).

<sup>2</sup> Rapport van Inventgroep «Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter» van september 2005.

*Er is alertheid geboden op een mogelijke toename van onverzekerden*

De IGZ maakt zich zorgen over het aantal onverzekerden in de toekomst. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen onverzekerden zonder verblijfsvergunning en onverzekerden met een verblijfsvergunning. De eerste groep onverzekerden zonder verblijfsvergunning heeft recht op medische zorg indien er sprake is van «medisch noodzakelijke zorg». De Stichting Koppeling en de begrotingspost dubieuze debiteuren van ziekenhuizen maken de financiering van deze zorg mogelijk. De IGZ stelt dat dit systeem steeds meer onder druk komt te staan vanwege het vreemdelingenbeleid. Asielzoekers die na een afwijzing een tweede procedure zijn begonnen zijn niet illegaal, maar sinds de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet wel onverzekerd. Ik verwacht begin volgend jaar de resultaten van een onderzoek naar de mogelijke effecten van de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet op de financiering van de medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerde vreemdelingen en de rol van de Stichting Koppeling daarbij. Bij onverzekerden met verblijfsvergunning gaat het vooral om personen die niet op naam van een huisarts bij de zorgverzekeraar staan ingeschreven. De IGZ constateert dat deze groep relatief beperkt is en dat er nauwelijks negatieve gezondheidseffecten zijn voor mensen zonder vaste huisarts. Voor de omvang van deze groep onverzekerden verwijs ik u naar mijn reactie in het debat in de Eerste Kamer (Handelingen Eerste Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 124, nr. 1). Daarbij heb ik aangegeven eind van dit jaar met een reactie te komen op deze kwestie.

Zoals eerder aangegeven is het de verantwoordelijkheid van gemeenten om onder andere via epidemiologisch onderzoek inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de lokale bevolking, waaronder ook kwetsbare populaties als dak- en thuislozen en verslaafde psychiatrische patiënten. De zorg voor kwetsbare zorgmijders blijft onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, ongeacht het wettelijk kader waaronder deze zorg valt. Op dit moment stelt de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) samen met de veldpartijen een certificatieschema op voor de openbare geestelijke gezondheidszorg.

*Er is kwaliteitsverbetering van het lokale gezondheidsbeleid nodig*

De IGZ vraagt aandacht voor versterking van de kwaliteit van het lokaal gezondheidsbeleid. Daarnaast vindt de IGZ dat de professionele standaarden binnen de gezondheidsbevordering en de openbare geestelijke gezondheidszorg verder ontwikkeld moeten worden. Ik ben met de IGZ van mening dat gemeenten, hun GGD'en en thuiszorginstellingen meer aandacht moeten hebben voor het kwaliteitsbeleid binnen de instellingen. Zij moeten toe naar een goed functionerend kwaliteitssysteem, ondermeer via certificering. ZonMw voert op mijn verzoek samen met de VNG, GGD-NL en Z-Org het programma Beter Voorkómen uit in de periode 2005 tot medio 2008. Dit programma is erop gericht een aantal instrumenten – zoals HKZ-certificatieschema's, benchmarks en prestatie-indicatoren – te ontwikkelen en de certificering en toepassing van bestaande goede praktijken te bevorderen. De instrumenten zijn gericht op het ondersteunen van instellingen en gemeenten bij het voeren van een integraal kwaliteitsbeleid en een goed opdrachtgeverschap voor de basistaken collectieve preventie. In het kader van dat programma zijn ook afspraken gemaakt wanneer hoeveel instellingen gecertificeerd zijn op basis van de ontwikkelde certificatieschema's.

## **Slot**

Mijn beleid blijft gericht op het verder versterken en verbeteren van de openbare gezondheidszorg in Nederland. Ik zie de conclusie van de IGZ als een steun in de rug voor het beleid dat hierop is ingezet: landelijke regie waar nodig (infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg) met een belangrijke uitvoeringstaak in medebewind door gemeenten en gemeentelijke beleidsvrijheid (lokaal gezondheidsbeleid) op andere onderdelen van de openbare gezondheidszorg. Daarbij legt de IGZ terecht de vinger op een aantal verbeterpunten.

Met de inzet van alle betrokken partijen – landelijke en lokale overheid, zorgaanbieders, verzekeraars, gezondheidsbevorderende instituten en kennisinstituten – moeten we in staat zijn de huidige volksgezondheidsproblemen in de toekomst beter aan te pakken. Ik ben voornemens de volgende landelijke preventienota in het najaar van 2006 uit te brengen. Daarbij zal ik ingaan op de wijze waarop we dit gezamenlijk kunnen en moeten doen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst