

Vergaderjaar 2013–2014

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 132

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 augustus 2014

1. Aanleiding

Nederland is bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. We gaan anders denken over gezondheid. Het gaat niet alleen om de afwezigheid van ziekten, maar ook om eigen regie op het leven en participatie. Er zijn ingrijpende veranderingen in het preventiebeleid, de curatieve zorg, langdurige zorg, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning¹. Rode draad is de omslag van denken in termen van «ziekte, zorg en afhankelijkheid» naar «gezondheid, preventie en eigen kracht»². De rol van mensen zelf, zorgverleners, verzekeraars en de overheid verandert. Dit heeft consequenties voor de manier waarop we de publieke gezondheidszorg borgen en organiseren.

Publieke gezondheid: werk in uitvoering

De afgelopen jaren hebben we belangrijke stappen gezet naar een samenhangend aanbod van publieke gezondheidszorg. Met de totstandkoming van de Wet publieke gezondheid (Wpg) in 2008 is voldaan aan de International Health Regulations (IHR) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Daarmee is Nederland beter voorbereid op (internationale) uitbraken van infectieziekten. Wijzigingen in de Wpg (2012) waren bedoeld om de samenhang tussen de Wpg en de Wet veiligheidsregio's te versterken en de afstemming tussen het landelijke en lokale gezondheidsbeleid te verbeteren. Het versterken van de publieke gezondheid is echter een continu proces waarin steeds weer nieuwe stappen worden gezet.

¹ Zorg en ondersteuning in de buurt. Kamerstuk 32 620, nr. 27 d.d. 14 oktober 2011; Regeerakkoord, 29 oktober 2012; Gezamenlijke agenda VWS «Van systemen naar mensen» (Kamerstuk 32 620, nr. 78) d.d. 8 februari 2013; Het Nationaal Programma Preventie (Kamerstuk 32 793, nr. 102) d.d. 11 oktober 2013.

² Perspectief op gezondheid 20/20, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010.

Concrete vraagstukken zoals de stevige wettelijke verankering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hielprik in de publieke gezondheidszorg staan al enige tijd op de agenda. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten is niet op alle punten duidelijk. Uw kamer heeft onze visie gevraagd op de rol, plaats en taak van de GGD'en, in relatie tot de Wet publieke gezondheid (Wpg)³.

Nieuwe kansen voor publieke gezondheid

Bovengenoemde ontwikkelingen bieden ook nieuwe kansen voor de publieke gezondheidszorg. In het sociaal domein krijgen gemeenten een grotere rol op het terrein van de ondersteuning thuis. De decentralisaties maken het gemeenten mogelijk dwarsverbanden te leggen tussen maatschappelijke ondersteuning, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Hierbij willen zij ook verbindingen leggen met preventie en gezondheid. Alle decentralisaties benadrukken maatschappelijke participatie: meedoen in de samenleving, werk en onderwijs. Gezondheid speelt hierbij een belangrijke rol. Participatie bevordert gezondheid en vice versa. De uitvoering van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) was al een gemeentelijke verantwoordelijkheid maar de stelselherziening jeugd was aanleiding om opnieuw te kijken naar de inhoud van het basistakenpakket. Dit is een goede gelegenheid om ook de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma steviger in de publieke gezondheid te verankeren.

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn steeds meer op elkaar aangewezen om preventie, zorg en ondersteuning lokaal te verbinden. Met de aanspraak wijkverpleegkundige zorg in de Zorgverzekeringswet en de opzet van sociale wijkteams door gemeenten kan hieraan verder gestalte worden gegeven.

In het veiligheidsdomein zien we toenemende samenwerking tussen de veiligheidsregio, brandweer, politie, gemeente en de (publieke) gezondheidszorg. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) heeft daarin een verbindende taak. Deze samenwerking zien we zowel bij grootschalige incidenten, crises en rampen als daarbuiten.

Deze ontwikkelingen vragen om een heroriëntatie op de organisatie en borging van een aantal specifieke thema's in de publieke gezondheid. In paragraaf 3 bespreken we de veranderingen in de publieke gezondheidszorg voor de jeugd (basispakket jeugdgezondheidszorg, Rijksvaccinatieprogramma en hielprik) en in paragraaf 4 de positionering van de GGD'en. We benaderen deze thema's zoveel mogelijk vanuit dezelfde basisprincipes voor de borging en organisatie van de publieke gezondheid. Deze worden in paragraaf 2 besproken.

Om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk te benadrukken, hebben we de VNG geconsulteerd. De VNG heeft aangegeven dat de in deze brief beschreven visie een goede basis is voor verdere samenwerking op dit gebied.

³ Toezegging tijdens Algemeen Overleg over het preventiebeleid van 30 mei 2013, Kamerstuk 32 793, nr. 98.

2. Basisprincipes van de borging en organisatie van de publieke gezondheid

Gezondheid vanuit een veranderend maatschappelijk perspectief

In de landelijke nota gezondheidsbeleid «Gezondheid dichtbij»⁴ is de basis gelegd om op een andere manier te kijken naar gezondheid en preventie en de rollen en verantwoordelijkheden van partijen. Uitgangspunt is dat gezondheid iets van mensen zelf is. Binnen de directe omgeving waarin mensen wonen, werken, recreëren en naar school gaan, zijn de nodige aanknopingspunten om aan gezondheid te werken. Het kabinet heeft deze uitgangspunten geconcretiseerd in het Nationaal Programma Preventie⁵.

De overheid heeft vooral een rol als mensen zelf of hun omgeving geen of weinig invloed kunnen hebben op de gezondheidsrisico's. Dit kan te maken hebben met de benodigde kennis of vaardigheden die nodig zijn om risico's te herkennen en er iets mee te doen. In die gevallen mag iedereen er vanuit gaan dat de overheid de nodige *collectieve* voorzieningen treft om de volksgezondheid te beschermen, bewaken en bevorderen. De overheid is verantwoordelijk voor een adequaat stelsel voor publieke gezondheid om, indien mogelijk, gezondheidsrisico's te voorkomen, risico's en bedreigingen tijdig te signaleren, partijen en burgers te informeren, toezicht te houden en, indien nodig, in te grijpen als de volksgezondheid in gevaar komt.

Publieke gezondheid in de volle breedte

Publieke gezondheid omvat een breed terrein waarin alle factoren terugkomen die invloed hebben op de volksgezondheid: erfelijke aanleg, gedrag/leefstijl, de omgeving (zowel fysiek als sociaal) en de toegang en kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Er zijn dan ook veel partijen actief op dit terrein. Zij voeren taken uit ten behoeve van het beleidsproces, kennisontwikkeling, ondersteuning, uitvoering, zorgverlening en toezicht. Dit zijn zowel publieke organisaties (ZonMw, het RIVM en de GGD'en) als private partijen ((eerstelijns)zorgverleners, screenings-organisaties, kennisinstituten).

Binnen de rijksoverheid is een breed spectrum aan wet- en regelgeving en (ondersteuning van) uitvoeringsactiviteiten te benoemen gericht op de publieke gezondheid. Het Rijk dient een goed werkend stelsel voor publieke gezondheid in te richten. Hierbij is niet alleen het Ministerie van VWS betrokken maar ook vele andere departementen. De stelselverantwoordelijkheid van de afzonderlijke Ministers wordt vormgegeven via diverse wetten zoals Zorgverzekeringswet, Wet Bevolkingsonderzoek, ARBO wet, milieuwetgeving, Warenwet, Tabakswet, Drank- en Horecawet, Wet Veiligheidsregio's, Wet op de kinderopvang en niet in de laatste plaats de Wet publieke gezondheid.

Daarnaast zijn er activiteiten van het Rijk die niet zijn belegd in wetten. Zo biedt het Rijk specifieke risicogroepen de mogelijkheid om deel te nemen aan bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld screening op borstkanker) of vaccinatieprogramma's (griepvrij).

De publieke gezondheid heeft ook een sterke internationale component. Belangrijke gezondheidsrisico's zoals de luchtkwaliteit, antimicrobiële resistentie (AMR), infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld Middle East Respiratory Syndrome, MERS) en onze voedselveiligheid, vragen om een

⁴ Landelijke nota gezondheidsbeleid «Gezondheid dichtbij» (Kamerstuk 32 793, nr. 1) d.d. 25 mei 2011.

⁵ Het Nationaal Programma Preventie (Kamerstuk 32 793, nr. 10) d.d. 11 oktober 2013.

internationale aanpak. Landen moeten er onderling op kunnen vertrouwen dat de uitvoering van de publieke gezondheid goed is geregeld. Naast de wet- en regelgeving van de Europese Unie, heeft de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) daarvoor de International Health Regulations (IHR) opgesteld.

In deze brief richten we ons vooral op de taken en verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Wet publieke gezondheid: gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk

Gemeenten en Rijk zijn gezamenlijk bestuurlijk verantwoordelijk voor de publieke gezondheid. Een aantal taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg, dat het Rijk in medebewind heeft gegeven aan de gemeenten, is geregeld in de Wpg. Het idee daarachter is dat veel determinanten van de volksgezondheid het beste op lokaal niveau kunnen worden beïnvloed. Gemeenten zijn dan ook beter in staat om maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van mensen en rekening te houden met specifieke lokale omstandigheden. De Wpg geeft gemeenten daarvoor een aantal taken zoals het uitvoeren van infectieziektebestrijding, preventieve ouderenzorg en jeugdgezondheidszorg, het monitoren van de volksgezondheid en het voeren van lokaal gezondheidsbeleid waarbij een grote mate van lokale beleidsruimte hoort. De Wpg geeft het Rijk, in casu de Minister van VWS, specifieke taken binnen de publieke gezondheid met het doel de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheid te bevorderen. Het gaat daarbij zowel om de uitvoering van activiteiten die het gemeentelijk beleid ondersteunen als om het stellen van kaders. Zo heeft het Rijk de taak om een landelijke ondersteuningsstructuur in stand te houden en te verbeteren, dient het Rijk interdepartementale en internationale samenwerking te bevorderen, iedere vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid te formuleren en een programma voor uitvoering van onderzoek op te stellen. Daarnaast heeft het Rijk onder speciale omstandigheden, coördinerende en uitvoerende taken bij de infectieziektebestrijding. Ook stelt het Rijk de inhoud van het basistakenpakket JGZ en het RVP vast.

Twee soorten taken: medische en maatschappelijke oriëntatie

In de publieke gezondheid worden meer medisch georiënteerde taken en meer maatschappelijk georiënteerde taken onderscheiden. De meer medisch georiënteerde taken richten zich onder andere op infectieziektebestrijding, medische milieukunde en monitoring en screening binnen de jeugdgezondheidszorg. Bij de meer medisch georiënteerde taken wordt in hoge mate volgens professionele protocollen gewerkt en is een uniforme uitvoering van cruciaal belang voor de kwaliteit en effectiviteit van de maatregelen. De beleidsruimte is daardoor vaak beperkt.

De meer maatschappelijk georiënteerde taken richten zich op het gedrag en de leefomgeving van mensen, zoals de gemeentelijke taak op het terrein van leefstijl. Niet zozeer uniformiteit maar maatwerk is belangrijk omdat de focus en aanpak afhangt van specifieke lokale situatie of doelgroep. De effectiviteit van interventies wordt sterker beïnvloed door de lokale context. Er is sprake van een integrale aanpak waarbij gezondheid wordt bevorderd door verbindingen te leggen met andere beleidsterreinen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn zoals het sportbeleid, ruimtelijke ordening en welzijn. Om te zoeken naar passende oplossingen en verbindingen is (lokale) beleidsruimte van belang.

Het Rijk en de gemeenten hebben hun eigen publieke gezondheidsorganisaties voor beleidsadvisering en, indien noodzakelijk, de regie op de uitvoering, of desgewenst de uitvoering van publieke gezondheidstaken. Voor het Rijk is dat het RIVM en voor de gemeente de GGD. De Wpg geeft de gemeenten de opdracht om, via een gemeenschappelijke regeling, een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en in stand te houden. De gemeenten zijn daarmee eigenaar en opdrachtgever van de GGD. In die rol dienen gemeenten te borgen dat bepaalde deskundigheden bij de GGD beschikbaar zijn. Tegelijkertijd bestaat er voor veel Wpg-taken geen wettelijke verplichting de GGD als uitvoeringsorganisatie te kiezen.



Overheidsorganisaties in de publieke gezondheid en hun verantwoordelijkheden



De kern van een adequate publieke gezondheid is dat de verantwoordelijkheden van deze vier partijen goed op elkaar zijn afgestemd. Bij medisch georiënteerde taken met landelijke verantwoordelijkheid ligt het zwaartepunt op landelijk niveau bij het RIVM, op regionaal/lokaal niveau bij de GGD'en. Wat betreft de maatschappelijk georiënteerde taken is er op beide niveaus veel beleidsvrijheid. Het Rijk kan daarvoor het RIVM inschakelen en de gemeente de GGD, maar bij deze taken spelen vaak andere partijen een belangrijke rol. Denk bijvoorbeeld aan sportorganisaties, eerstelijnsgezondheidszorg, welzijnsinstellingen en de GGZ bij de uitvoering van de gemeentelijke taak op het terrein van het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Schaalgrootte voor kwaliteit en continuïteit

De schaal van de gemeente is voor een aantal taken in de publieke gezondheid te klein om over voldoende expertise te kunnen beschikken voor het bieden van kwaliteit en continuïteit. Vooral bij medisch georiënteerde taken overstijgt de problematiek vaak de gemeentegrenzen: de lokale schaal is te klein om voldoende slagkracht en expertise op te bouwen om deze taken uit te voeren.

Het Rijk moet kunnen bouwen op een goede uitvoering en een professioneel aanspreekpunt op bovenlokaal niveau. Dit principe ligt ten grondslag aan de infectieziektebestrijding (waaronder de tuberculosebestrijding), medische milieukunde en aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG)⁶. Bij rampen en crises moet de publieke gezondheidszorg eenvoudig kunnen worden ingezet onder aansturing, regie en coördinatie van de GHOR/veiligheidsregio. Het is ondoenlijk om snel en adequaat op te treden als alle gemeenten dat verschillend hebben geregeld.

⁶ Kamerstuk Kamerstuk 32 239, nrs. 1 en 3.

Binnen het publieke gezondheidsdomein is specifieke aandacht voor groepen met grote gezondheidsrisico's. Daarbij staan twee taken centraal: de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de sociale «vangnetfunctie».

De levensverwachting van Nederlanders neemt nog steeds toe, maar er blijven grote verschillen tussen bevolkingsgroepen. De levensverwachting is voor laagopgeleiden gemiddeld 6 jaar korter dan voor hoogopgeleiden. Voor de gezonde levensverwachting is dit verschil 19 jaar. In het National Programma Preventie «Alles is Gezondheid» heeft de aanpak van deze gezondheidsachterstanden dan ook een prominente plek gekregen. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn hardnekkig en complex. Er ligt een breed scala aan oorzaken aan ten grondslag. Dit maakt een integrale aanpak nodig waarin biomedische aspecten, leefstijl, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg/ondersteuning, de sociale en fysieke omgeving worden verbonden.

De aanpak van SEGV is een maatschappelijk georiënteerde opgave, waarbij gedrag en leefomgeving van groot belang zijn. Maar ook meer medisch georiënteerde aspecten (zoals toegang tot zorg) spelen een rol. Doordat de omgeving waarin mensen wonen, werken en leren centraal staat in de aanpak, liggen veel kansen voor het verbeteren van hun gezondheid op gemeentelijk niveau (zoals bij de meeste maatschappelijk georiënteerde vraagstukken). Op gemeentelijk niveau liggen veel mogelijkheden om directe verbanden te leggen tussen het gezondheidsbeleid en andere domeinen zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, milieu en veiligheid. Het is dan ook belangrijk dat gemeenten relevante partijen en sectoren op lokaal niveau met elkaar verbinden.

Een groeiend aantal gemeenten pakt hun rol ten aanzien van SEGV op⁷. Om de rol van gemeenten bij SEGV daarom meer te ondersteunen hebben we tijdens het notaoverleg van 27 januari jl. een stimuleringsprogramma aangekondigd. De 91 gemeenten met de wijken met de laagste statusscore, krijgen een decentralisatie uitkering. In totaal is € 10 miljoen per jaar beschikbaar voor de periode 2014 tot en met 2017, de zogenaamde GIDS-gelden. Daarmee komen naast de grotere gemeenten, ook enkele middelgrote steden en plattelandsgemeenten in krimpgebieden in aanmerking voor deze gelden.

De gemeenten worden opgeroepen om gebruik te maken van wat er al bekend is over een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden via het programma «Gezond in... lokale aanpak gezondheidsachterstanden» waarin kennis van werkzame interventies, goede voorbeelden en ervaringen worden samengebracht⁸. Vanaf 2015 worden de GIDS-gelden uitgebreid met € 10 miljoen per jaar. In het najaar worden de gemeenten over de verdeling van deze extra middelen geïnformeerd.

De Wpg verplicht gemeenten om, op basis van epidemiologische gegevens, inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking. Dat maakt duidelijk welke bevolkingsgroepen de grootste risico's lopen en de grootste gezondheidsproblemen hebben. Het programma ondersteunt gemeenten vervolgens om deze kennis om te zetten in een effectieve lokale aanpak en daarbij de relevante partners te betrekken en te verbinden. Hierbij vervullen de GGD'en een belangrijke rol. We lichten dit in paragraaf 4 nader toe.

⁷ Rapport GGD Nederland «Gezondheidsbeleid in de groei, scan van gemeentelijke gezondheidsnota's d.d. 3 december 2013 en rapport van Panteia «Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars, een quick scan» d.d. 22 oktober 2013.

⁸ Zie voor meer informatie www.gezondheidin.nu.

De «vangnetfunctie» richt zich op mensen die het op meerdere fronten tegelijk niet redden in de maatschappij zoals multi-probleem gezinnen, chronisch psychiatrische patiënten, daklozen, ongedocumenteerden, situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling. Gemeenten zetten in op een integrale aanpak van zorg en ondersteuning in deze situaties. Daarbij is het ook belangrijk dat de sociaal-medisch georiënteerde blik, vanuit de publieke gezondheid, wordt gewaarborgd.

Openbare Geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is één van de taakvelden uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)⁹. Het gaat om het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Onder dit beleidsterrein zijn alle activiteiten van de gemeente op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg begrepen. Hiermee is de keten van collectieve preventie van (ernstige) psychosociale problemen, het opsporen en toeleiden naar de zorg en de opvang in één hand en kan optimale samenhang worden nagestreefd.

In de WMO zijn als prestatieveld naast de OGGZ, de Maatschappelijke Opvang, de Vrouwenopvang en de (niet individuele) Verslavingszorg genoemd. Dit zijn allemaal elementen van de opvang/vangnetfunctie die een gemeente heeft voor mensen die zorg nodig hebben. In de Wpg zijn de tuberculosebestrijding, het SOA-aanbod en de aanpak van woningvervuiling vaak op dezelfde doelgroep gericht en vormen elementen van diezelfde vangnetfunctie. In veel regio's is de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ-activiteiten. De vangnetfunctie vraagt van de uitvoerende organisaties afstemming en overleg en vergt beleidsmatige afstemming tussen Wpg en WMO.

Bovengenoemde uitgangspunten gebruiken we hieronder bij de heroriëntatie op de organisatie en/of borging van de eerder genoemde actuele thema's binnen de publieke gezondheid voor de jeugd en de positie van de GGD.

3. Publieke gezondheid voor de jeugd

Vanuit de overheid wordt een aantal activiteiten ten behoeve van de jeugd aangeboden die vallen onder de publieke gezondheid: het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, het rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hielprik. De JGZ is als taak van de gemeenten geborgd in de Wpg en financiering vindt plaats via het gemeentefonds. Het RVP en de hielprik zijn wettelijk en financieel ondergebracht in de AWBZ. We willen daar meer eenheid in aanbrengen.

Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) bestaat uit een landelijk vastgesteld preventief gezondheidszorgpakket dat onder verantwoordelijkheid van de gemeenten actief wordt aangeboden aan alle jeugdigen tot 19 jaar¹⁰. De JGZ volgt daarmee de ontwikkeling van kinderen in relatie tot de fysieke en sociale omgeving van kind en gezin, geeft voorlichting en biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door. De JGZ kent zowel medische als

⁹ Deze taak was tot 2007 geborgd via de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de voorganger van de Wpg en is met de komst van de WMO naar die wet overgeheveld.

¹⁰ Dit zijn de huidige leeftijdsgrenzen. Met het wetsvoorstel Jeugdwet wordt de leeftijdsgrens van de JGZ gesteld op 0–18 jaar zodat deze gelijk loopt met die van jeugdhulp.

maatschappelijke onderdelen. Voor de uitvoering zijn hoog opgeleide professionals nodig. Mede naar aanleiding van de stelselherziening Jeugd heeft de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ opnieuw gekeken naar de inhoud van het basistakenpakket JGZ. Uw Kamer is over het advies van deze commissie en het standpunt hierop geïnformeerd¹¹.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van het basistakenpakket JGZ aan ieder kind. Integrale uitvoering van de JGZ is daarbij het uitgangspunt. Gemeenten zijn daarbij vrij te bepalen door wie ze de JGZ laten uitvoeren, mits de kwaliteit geborgd is. Er is geen schaal vastgelegd waarop de JGZ uitgevoerd moet worden. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de afstemming op andere lokale activiteiten en kunnen ze aanvullende activiteiten aanbieden. In de praktijk wordt de JGZ meestal door GGD'en en zorgorganisaties uitgevoerd.

Het Rijk is verantwoordelijk voor het vaststellen van de taken en de inhoud van het basispakket. Ook is het Rijk verantwoordelijk voor de landelijke ondersteuningsstructuur voor kennis en innovatie. Het RIVM (voor monitoring van de jeugdgezondheid) en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (voor richtlijnen) spelen daarin een belangrijke rol. Het Rijk heeft geen uitvoerende taken voor de JGZ.

Op advies van de commissie evaluatie basispakket JGZ wijzigen we het Besluit publieke gezondheid op de onderstaande punten. Wijziging van de Wet publieke gezondheid is hiervoor niet nodig.

- Het huidige onderscheid tussen het uniforme deel (dat aan alle jeugdigen moet worden aangeboden) en het maatwerk deel (dat moet worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen en op lokale of demografische en epidemiologische gegevens) komt te vervallen. Het nieuwe basispakket geeft aan welke activiteiten in elk geval beschikbaar moeten zijn voor alle kinderen en jongeren. Voor het hele basispakket geldt dat de uitvoering wordt afgestemd op de individuele situatie van kind en gezin, volgens professionele richtlijnen.
- De onderdelen van het huidige maatwerk worden als volgt ondergebracht:
 - Het uitvoeren van specifieke programma's of (groeps)activiteiten na signalering van risico's of problemen wordt onderdeel van de Jeugdwet. Als specifieke JGZ-deskundigheid vereist is, worden deze activiteiten uitgevoerd door de JGZ, zo niet dan kunnen gemeenten kiezen of ze deze activiteiten laten uitvoeren door de JGZ of andere partijen.
 - Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding wordt opgenomen in het basispakket. Dit is gericht op het ondersteunen en versterken van de eigen kracht van ouders en jongeren en op normaliseren. De onderwerpen waarop dit moet plaatsvinden worden aangegeven, conform het advies van de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ¹².
 - Het systematisch analyseren van gegevens voor het formuleren van collectieve maatregelen gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen (eerder aangeduid als beleidsadvisering) wordt opgenomen in het basispakket.
 - Het uitvoeren van collectieve maatregelen behoort afhankelijk van het onderwerp tot de Jeugdwet of de Wpg.
- Aan de screenings wordt toegevoegd «nagaan of bij de jeugdige sprake is van dysplastische heupontwikkeling». Hoewel dit niet was

¹¹ Zie kamerstuk Kamerstuk 31 839, nr. 297.

¹² Deze onderwerpen zijn opgenomen in tabel 1 en 2 van het advies «Een stevig fundament» dat u op 7 maart 2013 is aangeboden als bijlage bij kamerstuk Kamerstuk 31 839, nr. 272.

opgenomen in het basistakenpakket wordt het in de praktijk al altijd uitgevoerd.

- Opgenomen wordt dat een structureel aanbod moet worden gedaan aan jongeren vanaf 14 jaar. Hierbij moeten activiteiten beschikbaar zijn gericht op gezond gewicht, roken, veilig vrijen, gebruik van alcohol en drugs, weerbaarheid, depressie en schoolziekteverzuim.

De wijzigingen in het Besluit pg moeten gelijk van kracht worden met de Jeugdwet.

Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is een pakket vaccinaties dat de rijksoverheid aanbiedt aan alle jongeren (0–18 jaar) in Nederland. Omdat de vaccinaties uit het RVP vooral tot doel hebben om uitbraken van (zeer) ernstige infectieziekten bij kinderen te voorkomen, wordt veel belang gehecht aan een zo groot mogelijke opkomst¹³. De (Rijks)overheid stuurt dan ook sterk op dit programma en er wordt op verschillende manieren geprobeerd om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Zo worden de vaccinaties van het RVP van oudsher toegediend tijdens de contactmomenten van de JGZ waarin ook het volgen van groei en ontwikkeling en voorlichting plaatsvindt. Met deze koppeling is naar verwachting de opkomst voor zowel de JGZ als voor het RVP hoger dan wanneer beide programma's afzonderlijk aangeboden zouden worden. Wij hechten er daarom aan deze samenhang goed te borgen.

Op dit moment is het Rijk geheel verantwoordelijk voor de uitvoering van het RVP. De Minister van VWS stelt op advies van de Gezondheidsraad de inhoud van het programma vast. Het RIVM regelt de aanschaf en distributie van vaccins naar de uitvoerende organisaties, zorgt voor oproep en registratie van de doelgroep en verzorgt de voorlichting naar publiek en professionals. Voor het toedienen van de vaccinaties sluit het RIVM overeenkomsten met dezelfde organisaties die, in opdracht van gemeenten, de JGZ uitvoeren.

Om de huidige praktijk zoveel mogelijk te borgen willen we in de Wpg opnemen dat het Rijk verantwoordelijk blijft voor de inhoud van het programma (welke vaccins worden aangeboden), de aanschaf en distributie van vaccins, de oproep en registratie van kinderen en de voorlichting. Om de koppeling met de JGZ te behouden wordt de gemeente formeel verantwoordelijk voor het feitelijk zetten van de vaccinaties. Daartoe wordt ook in de wet vastgelegd dat het RVP en de JGZ altijd door dezelfde partij uitgevoerd moeten worden. Ook wordt vastgelegd aan welke kwaliteitseisen de uitvoering dient te voldoen. De financiering zal hierdoor deels vanuit de Rijksbegroting en deels vanuit het gemeentefonds plaatsvinden.

Hielprik

Via de hielprik wordt bij iedere pasgeborene bloed afgenomen waarmee ernstige aangeboren ziekten bij kinderen worden opgespoord. Het gaat hier om een medisch georiënteerde taak, die volgens vaststaande protocollen wordt uitgevoerd en waarbij een uniforme en tijdige uitvoering van essentieel belang is. Het bloed moet zo spoedig mogelijk vanaf vier dagen (met een uitloop tot zeven dagen) worden afgenomen. Momenteel is het Rijk verantwoordelijk voor het hele programma. De Minister van VWS stelt op advies van de Gezondheidsraad de inhoud van het programma vast. Het RIVM draagt zorg voor de landelijke coördinatie van de neonatale hielprikscreeening en verzorgt organisatie, onderzoek,

¹³ Wanneer de vaccinatiegraad boven een kritische grenswaarde komt (veelal 95%) krijgen de infectieziekten waartegen gevaccineerd wordt geen kans om zich te verspreiden en worden epidemieën voorkomen.

kwaliteitsbewaking en voorlichting. Het afnemen van het bloed vindt plaats door de jeugdgezondheidszorg, of onder verantwoordelijkheid van de JGZ door verloskundigen, kraamverzorgenden of in ziekenhuizen.

Ook voor de hielprik is de optie verkend om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij gemeenten onder te brengen. Het belang van tijdige en uniforme uitvoering weegt hier zwaarder dan de samenhang met de JGZ, mede doordat de uitvoering van de hielprik in de praktijk nu ook niet overal door de JGZ gebeurt. We willen daarom de uitvoering van het programma hielprikscreening als geheel onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid houden. De financiering zal rechtstreeks vanuit de begroting plaatsvinden.

Met deze wijzigingen worden RVP en hielprik vanuit de AWBZ overgebracht naar de Wet publieke gezondheid. Hiermee worden de verschillende onderdelen van de publieke gezondheidszorg in deze wet geborgd. Wij zullen hiervoor medio volgend jaar een voorstel naar uw kamer sturen. Omdat dit niet gerealiseerd is voordat de AWBZ wordt aangepast is in het nieuwe wetsvoorstel Langdurige Zorg (Wlz) een voorstel opgenomen waarmee we een tijdelijke voorzorgsbepaling in de Wpg creëren ten behoeve van het RVP en de hielprik, vergelijkbaar met wat nu in het kader van de AWBZ is geregeld. Vanaf 2018 zullen het RVP en de hielprik zijn geborgd in de Wpg.

Verbinding JGZ en sociaal domein: veel potentie!

Gemeenten gaan meer sturen op samenwerking en samenhang binnen het sociaal domein. Ze bepalen zelf hoe ze dat lokaal gaan invullen. Dit is afhankelijk van de lokale omstandigheden: zowel de problematiek, als de beschikbare zorg- en ondersteuningsmogelijkheden kunnen tussen gemeenten verschillen. De JGZ heeft een unieke positie om verbindingen te leggen tussen publieke gezondheid en het bredere sociaal domein. De JGZ is een stabiele basis waarop gemeenten verder kunnen bouwen. De JGZ ziet in principe alle kinderen, op verschillende leeftijden. Daarmee heeft de JGZ een schat aan (epidemiologische) informatie en gegevens die gemeenten kunnen gebruiken om een aantal beleidsbeslissingen in het sociaal domein te onderbouwen, monitoren en evalueren. Het is mogelijk om risicoprofielen op wijk-/buurniveau of voor bepaalde scholen op te stellen.

De JGZ wordt meestal dichtbij, in de directe leefomgeving van mensen, aangeboden. Daarmee heeft de JGZ zicht op gezondheidsaspecten in de sociale en fysieke omgeving en kan een directe link leggen met andere organisaties, zowel binnen als buiten de zorg, om problemen aan te kaarten of op te lossen. Belangrijke partners zijn bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen, kraamzorg, jeugdhulpverleners en onderwijs. De JGZ is in staat om in een vroeg stadium signalen op te vangen en door te geven zodat snel (lichte vormen van) ondersteuning kan worden geboden. Dit sluit aan bij de integrale aanpak van de centra voor jeugd en gezin (CJG's) en sociale wijkteams. Behalve voor de directe zorgverlening aan individuele gezinnen, is deze kennis door gemeenten ook te gebruiken bij het opstellen van een sociale kaart of advisering bij het inkopen van zorg in een bepaalde wijk of buurt.

Jeugdhulp en JGZ hebben elkaar nodig. Gemeenten zijn voor beide verantwoordelijk. Zij zijn in staat de verbinding te leggen tussen de JGZ en de uitvoering van de preventieve activiteiten die vallen onder de Jeugdwet. Dit kan door de JGZ-professionals ook preventieve activiteiten te laten uitvoeren in het kader van de Jeugdwet, bijvoorbeeld extra ondersteuning van ouders van jonge kinderen als zij dat nodig hebben. Zo

kan optimaal gebruik worden gemaakt van de professionele deskundigheid in de JGZ. Dit heeft als voordeel dat ouders en kinderen/jongeren niet verwezen hoeven te worden naar andere zorgverleners buiten de JGZ. De relatie tussen JGZ en jeugdhulp wordt ook versterkt doordat de jeugdarts, evenals de huisarts en medisch specialist, rechtstreeks kan verwijzen naar jeugdhulp (waaronder jeugd-GGZ).

Tenslotte moeten de JGZ en het onderwijs sterker met elkaar worden verbonden. Het Extra contactmoment jeugdgezondheidszorg voor adolescenten en de verbinding met passend onderwijs zijn daarvoor belangrijke instrumenten voor de gemeenten.

4. Positionering van GGD'en

De GGD'en hebben, samen met het RIVM op landelijk niveau, een spilfunctie in de publieke gezondheid. Niet alleen de gemeenten, als eigenaars en opdrachtgevers, hebben belang bij een goed functionerende GGD. Ook voor andere partijen is dit relevant, vooral als het gaat om medisch georiënteerde taken en het raakvlak met (sociale) veiligheid. Informatie over gezondheidsrisico's en acute bedreigingen, loopt vaak via de GGD naar bijvoorbeeld burgers, zorgverleners, peuterspeelzalen, scholen en bedrijven. Wanneer er specifieke kennis nodig is bij de uitvoering van concrete taken, wordt die door de GGD geleverd. Het Rijk vertrouwt voor een aantal van haar publieke gezondheidstaken op de GGD. Het RIVM en de GGD'en werken op vele gebieden inhoudelijk samen en zijn van elkaar afhankelijk.

Kansen

We achten het van belang dat de rol van de GGD op een aantal punten wordt versterkt.

Toezicht en controle op gezondheidsrisico's

Vanuit het oogpunt van gezondheidsbescherming moet er goed zicht zijn op de risico's voor de gezondheid van de burger in de sociale en fysieke omgeving. Dit blijft de komende tijd een belangrijk aandachtspunt. Er moet steeds worden gezocht naar een juiste balans tussen toezicht/controlle op gezondheidsrisico's aan de ene kant en andere maatschappelijke belangen aan de andere kant. We zien dit op veel terreinen terug zoals bij vraagstukken rond sociale veiligheid (zedenzaken), ruimtelijke ordening, verkeer, het signaleren en bestrijden van zoönosen en milieuwetting. Hierbij moet steeds meer aandacht zijn voor cumulatie van gezondheidseffecten in bepaalde gebieden. Dit vergt een risico-gestuurd toezicht met specialistische kennis die een GGD kan inbrengen.

Integrale aanpak

Bij veel preventieonderwerpen is een integrale aanpak nodig om resultaten te bereiken. Ook in het Nationaal Programma Preventie staat de integrale aanpak van preventie centraal. Het gaat om het bevorderen van samenwerking en het leggen van logische verbindingen zowel binnen het zorgdomein als daarbuiten. De GGD kan een rol spelen in het verbinden van lokale/regionale partijen en het benutten van kansen om gezondheidsbevordering en -bescherming ook in andere sectoren meer onder de aandacht te brengen.

Wij vinden het in het kader van de decentralisaties belangrijk dat gemeenten beschikken over een gedegen professionele basisinfrastructuur om dit proces adequaat lokaal vorm te kunnen geven. Met de GGD heeft iedere gemeente een dienst voorhanden die op het gebied van informatievoorziening een belangrijke rol kan spelen. De GGD heeft vanuit uitvoerende werkzaamheden zoals infectieziektebestrijding en meestal JGZ, maar ook vanuit epidemiologisch onderzoek en monitors veel kennis over gezondheid en welzijn van de bevolking en de fysieke en sociale omgeving. Door het bijeenbrengen van deze informatie ondersteunt de GGD gemeenten bij het beleid in het sociale domein. De GGD kan bijvoorbeeld vanuit haar kennis over de gezondheid van de bevolking, gemeenten adviseren over de inhoud/aard en de hoeveelheid in te kopen zorg op het gebied van preventie, jeugdhulp, zorg en welzijn. Ook kunnen medewerkers van de GGD een rol spelen in het ondersteunen van sociale wijkteams in de gemeenten. Concreet kan het gaan om het herkennen en definiëren van problemen en (afhankelijk van de intensiteit van problemen in een bepaald gebied) kan een sociaal-medisch arts of verpleegkundige vast lid zijn van een wijkteam of op basis van expertise erbij gevraagd worden (a la ZAT-teams). Hierbij past ook het begrip sociale veiligheid: vanuit de sociaal-medische taken kan worden voorkomen dat psychische problematiek uitloopt op (sociale) onveiligheid. Dit is gerelateerd aan de OGGZ-taak van gemeenten, die tegenwoordig in de Wmo staat en nog steeds veel door GGD'en wordt uitgevoerd.

Nieuwe verbindingen tussen preventie, zorg en ondersteuning in de buurt

In de zorg zelf wordt ingezet op versterking van de eerste lijn en zorgstructuren in de buurt. Dat biedt vele kansen voor lokaal gezondheidsbeleid, mede op basis van de volksgezondheidsexpertise en informatie die bij de GGD aanwezig is. Zij kunnen ook een rol spelen bij de samenwerking die gemeenten zoeken met zorgverzekeraars. De GGD-regio kan een goed niveau zijn om deze samenwerking vorm te geven.

Risico's

De betrokkenheid van GGD'en bij de bovengenoemde ontwikkelingen varieert. Dit hangt af van de keuzes die de gemeenten daarin maken. Bij toezicht en controle op gezondheidsrisico's is de bijdrage van GGD'en evident, maar bij ontwikkelingen in het sociaal domein en in de zorg lijkt het dat de potentie van de GGD te weinig wordt gezien. Het is niet voor alle betrokken partijen duidelijk wat van een GGD kan worden verwacht¹⁴.

Geen duidelijk beeld van de GGD

Er is grote variatie in de organisatie en het functioneren van de GGD'en. De Wpg staat dat ook toe: behoudens de verplichting een GGD in stand te houden en dat de GGD moet beschikken over bepaalde deskundigheden, legt de wet weinig vast. Er is veel beleidsvrijheid en dat leidt tot praktijkvariatie. Het is onduidelijk wat de gevolgen hiervan zijn voor de uitvoering van de lokale taken en voor het totale stelsel van de publieke gezondheid.

¹⁴ Zie het onderzoek dat AEF in opdracht van VWS heeft uitgevoerd (zie bijlage 1rtk) en het onderzoek dat WagenaarHoes heeft uitgevoerd voor de VNG (www.vng.nl).

Diffuse aansturing door gemeenten

Uit onderzoek dat WagenaarHoes in opdracht van de VNG uitvoerde¹⁵, bleek dat een aanzienlijk deel van de wethouders worstelt met hun visie op takenpakket en aansturing van de GGD. De afstand tussen sommige GGD'en en hun bestuurders leidt ertoe dat onvoldoende wordt geadviseerd vanuit de deskundigheid van de GGD en de GGD onvoldoende wordt aangestuurd vanuit de lokale behoeften.

Gemeenten bezinnen zich – in het licht van hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden – op hun relaties met het uitvoerend veld, de beleidsadviestaak en de nieuwe noodzaak van beleids- en uitvoeringsregie. Er is discussie over publieke versus private uitvoering van overheidstaken, over aanbesteding en inbesteding. Hierbij speelt de bezuinigingsopgave voor de meeste gemeenten mee. Daarbij wordt soms niet alleen gekeken naar de «nieuwe» taken, maar ook naar taken die de GGD uitvoert.

Beperkt landelijk zicht op uitvoering van (wettelijke) taken

AEF heeft onderzoek uitgedaan naar de borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD'en (zie bijlage 1). Op basis van een analyse van beleidsstukken, wettelijke kaders en gesprekken met betrokken partijen en experts, concludeert AEF dat het Rijk slechts beperkt zicht heeft op de taken die gemeenten bij GGD'en hebben belegd, de randvoorwaarden (financieel, personeel) voor de uitvoering en de prestaties die worden geleverd. Er is geen inzicht in de beschikbare expertise en of die voldoende is om landelijk of internationaal beleid een adequate lokale vertaling te geven.

GGD en Veiligheidsregio

In de Wpg is opgenomen dat gemeenten een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand houden op dezelfde schaal als de veiligheidsregio. De congruentie van de GGD'en met de veiligheidsregio's is de afgelopen jaren in bijna alle regio's gerealiseerd. Dat is een mooie prestatie en van belang voor een goede samenwerking tussen veiligheid en publieke gezondheid. De in het kader van de Wpg vereiste eigen gemeenschappelijke regeling voor de GGD is echter nog niet overal gerealiseerd.

De Minister van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de Wet veiligheidsregio's waarin ook de schaalgrootte van de veiligheidsregio's is geregeld. Als er een wijziging van de schaalgrootte van de veiligheidsregio's en/of GGD'en wordt overwogen, vindt afstemming plaats tussen Veiligheid en Justitie en VWS zodat de consequenties voor de betrokken organisaties in de besluitvorming kunnen worden meegenomen. Voor veel GGD-taken is er evidente meerwaarde in gemeentelijke samenwerking en congruentie met de veiligheidsregio's, maar een te grote GGD-regio kan ongewenste afstand creëren tussen de gemeenten en hun GGD. Daarom zal, als dit vraagstuk zich voordoet, een afweging worden gemaakt tussen de schaalgrootte van de GGD en congruentie met de schaal van de veiligheidsregio.

Een stevige basis voor de GGD: vier pijlers

Voor een goede borging van de publieke gezondheid is het belangrijk dat duidelijker wordt wat wij, zowel gemeenten als het Rijk, minimaal van GGD'en verwachten om de bovenstaande risico's het hoofd te bieden en

¹⁵ Rapport WagenaarHoes Organisatieadvies «Grip zonder bestuurlijke drukte, besturing van samenwerking als kunst en als kunde» d.d. juni 2011.

kansen, waar mogelijk, te verzilveren. Wij willen dan ook meer zicht hebben op de taken en het functioneren van GGD'en. Vier taken zijn voor het fundament van de publieke gezondheid van zo essentieel belang, dat zij op een uniforme wijze moeten worden geborgd. Ze vragen een gespecialiseerde deskundigheid met een hoge mate van continuïteit en duidelijke aanspreekpunten (zowel voor de lokale als de landelijke overheid). Deze taken dienen daarom bij de GGD'en te worden belegd en vormen de vier pijlers van iedere GGD. Rijk en gemeenten moeten, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, de kwaliteit van deze pijlers gezamenlijk verankeren.



Hieronder beschrijven we kort hoe iedere pijler er uit zou moeten zien.

Pijler 1. Monitoren, signaleren en adviseren

De GGD adviseert vanuit een brede kennisbasis de gemeenten over hun beleid op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en -bescherming. Daartoe behoort het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving en het advies over de gezondheidseffecten van bestuurlijke beslissingen op andere beleids-terreinen. Dit gebeurt met eigen instrumenten (epidemiologisch onderzoek, brononderzoek, medisch milieukundig onderzoek) maar ook op basis van signalen vanuit het regionale netwerk (JGZ, huisartsen, politie, welzijnswerk, zorginstellingen en andere maatschappelijke partners) en landelijke partners zoals het RIVM en het CBS. De GGD is in staat signalen uit verschillende bronnen combineren. Kennis en advies beschouwen wij als kerntaken van iedere GGD.

Vanuit deze pijler adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten bij de integrale uitvoering van de JGZ. Dit houdt in dat de GGD bestudeert en adviseert wat er nodig is om de uitvoering van de JGZ goed te laten aansluiten op de specifieke situatie in de gemeente/regio, hoe een goede samenwerking met partners in de gezondheidszorg, jeugdhulpverlening en onderwijs kan plaatsvinden en hoe effectief het gevoerde beleid is.

Bij de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is de GGD een belangrijke ondersteuner voor de gemeenten. De GGD brengt de gezondheidsproblematiek op wijk-/buurniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbindingen met partijen in andere sectoren. De meeste voorwaarden voor gezondheid worden immers buiten het domein van de zorg gecreëerd.

Pijler 2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

De Wpg bevat een aantal gezondheidsbeschermende taken waarvoor een bepaalde mate van specialistische medische deskundigheid van belang is om tot een goede invulling van de taken te komen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg.

Pijler 3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Verschillende taken moet de GGD ook in de opgeschaalde situaties kunnen uitvoeren. Dat vraagt een specifieke voorbereiding. De GGD geeft gezondheidskundig advies over infectieziektebestrijding, gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen en voert daarvoor ook een deel van de taken uit. In acute situaties dient de GGD de professionele regie kunnen voeren op de uitvoering van de taken, bijvoorbeeld bij de uitvoering van vaccinatieprogramma's bij een griepandemie. De GGD is daarbij afhankelijk van professionals die werkzaam zijn bij andere organisaties die taken in het kader van de publieke gezondheid uitvoeren. Denk daarbij aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dienst van zorgorganisatie en aan huisartsen. De GGD adviseert en ondersteunt gemeenten ook bij kleinschalige incidenten en zedenzaken: vaak schokkende gebeurtenissen die veel maatschappelijke onrust veroorzaken.

Pijler 4. Toezicht houden

Toezicht kan op verschillende manieren worden ingevuld. Het toezicht kan meer signalerend, adviserend en beïnvloedend van aard zijn, of juist meer controlerend, waarbij vooral gecheckt wordt of aan de regels wordt voldaan. Ook de mate waarin het toezicht wordt opgevolgd door advies dan wel handhaving kan verschillen.

De GGD houdt, samen met de NVWA, toezicht op ondernemers voor het gebruik van tatoeage- en piercingmateriaal (Besluit Warenwet), vooral gericht op de controle op hygiëneregels. Daarnaast heeft de GGD een toezichthoudende taak in de kinderopvang (Wet kinderopvang, Wko). Het toezicht op de kinderopvanginstellingen is onderwerp van een hervorming in deze kabinetsperiode. Het toezicht zal meer aandacht hebben voor de pedagogische kwaliteit van de opvang¹⁶.

Ook de uitvoerende taken in het kader van gezondheidsbescherming, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg hebben toezichtaspecten.

Deze pijlers staan niet los van elkaar maar zijn juist met elkaar verbonden. Kennis, informatie maar ook personeel kan op verschillende pijlers worden ingezet.

Het benoemen van deze vier pijlers betekent ook dat er bij de uitvoering van overige taken binnen de publieke gezondheid, meer gemeentelijke variatie zal zijn in de keuze van de uitvoerders. Daarbij kan worden gedacht aan de *uitvoering* van de jeugdgezondheidszorg, de aanpak van SEGV, de *uitvoering* van lokale gezondheidsbevorderingsprogramma's en de zogenaamde «vangnettaken». Gemeenten kunnen er zelf natuurlijk voor kiezen om extra taken bij hun GGD te beleggen zoals regie op programma's tegen huiselijk geweld, buurtgezondheidsprogramma's of gerichte inzet op gezondheidsbevordering.

¹⁶ Hierover heeft de Minister van SZW op 29 november 2013 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstuk 31 322, nr. 225).

5. Naar een publieke gezondheid die op de toekomst is voorbereid

We concluderen dat er nog onduidelijkheden bestaan met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten in de publieke gezondheid en daaraan gekoppeld de rol van de GGD. Het Rijk is systeemverantwoordelijk en dient zicht te hebben op het stelsel, waaronder de verdeling van betrokken partijen, werkt. Het Rijk wil meer zicht op de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid, de taken die gemeenten bij GGD'en hebben belegd, de randvoorwaarden (financieel, personeel) voor de uitvoering en de prestaties die worden geleverd. Hiervoor hebben we op dit moment onvoldoende informatie beschikbaar. Ook tussen de gemeenten onderling ontbreekt dit inzicht. Deze brief is de eerste stap om hierin duidelijkheid te brengen. We hebben de basisprincipes beschreven om de publieke gezondheid in Nederland adequaat te borgen en de vier pijlers benoemd die het fundament vormen van iedere GGD.

De tweede stap is om de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten verder te verhelderen en uit te werken en de positie van de GGD'en, waar nodig, op de vier pijlers te versterken zodat de GGD'en beter in staat worden gesteld om in te spelen op de uitdagingen en kansen die eerder in deze brief zijn genoemd en de genoemde risico's op te vangen. Het gaat om het koesteren en uitbouwen van bestaande taken en het exploreren van nieuwe taken. Daarbij kijken we zowel naar het bestuurlijke draagvlak als naar de professionele randvoorwaarden die de GGD'en hiervoor nodig hebben. We starten het stimuleringsprogramma «publieke gezondheid nieuwe stijl» met twee doelen:

1. Meer zicht krijgen op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid.

Hiervoor willen we een informatiesysteem opzetten dat op uniforme wijze de inspanningen en prestaties in de publieke gezondheid in kaart brengt.

Om als rijksoverheid de stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarmaken, is inzicht nodig in het functioneren van de publieke gezondheidszorg op lokaal niveau en de interactie tussen gemeenten en rijksoverheid. Het gaat hierbij zowel om de inhoudelijke uitoefening van taken door onder andere gemeenten en GGD'en en de organisatie van die taken. Hiermee willen we zicht krijgen op de inzet en de effectiviteit van ons stelsel voor publieke gezondheid. Lokale bestuurders hebben deze informatie ook nodig om hun beleid vorm te geven en ze kunnen het gebruiken om de Gemeenteraad te informeren. Om dit te bereiken zullen we samen met de gemeenten formuleren welke basisinformatie standaard beschikbaar moet zijn, zowel op landelijk niveau als voor lokale bestuurders. Daarbij is van belang om afspraken te maken hoe deze informatie beschikbaar komt en actueel gehouden wordt.

2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken.

Het verder uitwerken van de vier pijlers voor alle GGD'en:

- de relatie tussen GGD'en en het lokaal bestuur;
- de centrale rol van de GGD bij monitoring en epidemiologie;
- de adviesfunctie van GGD'en;
- de professionele relatie van de GGD'en met (landelijke) organisaties in de publieke gezondheidszorg;
- de invulling van bestaande toezichtstaken;
- het borgen van benodigde deskundigheden bij de GGD'en voor de uitvoering van de taken binnen de vier pijlers.

Versterken van de positie van de GGD'en in het sociaal domein, bij het nationaal programma preventie en bij de aanpak van SEGV.

Rode draad in het stimuleringsprogramma is de ontwikkeling van veldnormen voor de vier pijlers. Hiermee moet duidelijkheid komen over de inhoud van de taken en de benodigde deskundigheden. Normontwikkeling in de publieke gezondheid moeten zowel door de professionals als de bestuurders worden gedragen. Professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden moeten wel worden onderscheiden maar niet gescheiden. Dat betekent dat VWS, VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland gezamenlijk, maar vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, moeten optrekken bij de normontwikkeling. Voor de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en het sociale domein, en de rol van de GGD daarin, worden best practices in kaart gebracht en beschikbaar gesteld.

Het programma heeft een looptijd van drie jaar. VWS stelt hiervoor in totaal 1,25 miljoen euro beschikbaar. Wij vinden het belangrijk dat het programma gezamenlijk bestuurlijk gedragen wordt door VWS en VNG/gemeenten. Wij stellen daarom een stuurgroep in met vertegenwoordigers van VWS en de VNG/gemeenten. De stuurgroep geeft opdracht aan een projectgroep die de voorstellen verder uitwerkt, de activiteiten uitvoert of laat uitvoeren, en rapporteert aan de stuurgroep. De projectgroep bestaat uit medewerkers van het RIVM en GGD GHOR Nederland, VNG en VWS. Daarnaast worden relevante andere partijen betrokken bij deeltrajecten.

De derde stap is de wettelijke borging. Naast de, in paragraaf 3, aangekondigde wettelijke borging van het RVP en de hielprik in de Wpg, wordt door alle partijen bekeken of het noodzakelijk is om zaken die binnen het stimuleringsprogramma worden opgepakt en ontwikkeld wettelijk te borgen. Indien dit het geval is, zullen wij uw Kamer daarvoor voorstellen doen.

Wij informeren uw Kamer regelmatig over de voortgang. Daarbij maken we zoveel mogelijk gebruik van de rapportages die uw kamer ontvangt in het kader van het Nationaal Programma Preventie en de begrotingscyclus.

6. Financiële afspraken

Bovenstaande ambities zijn gericht op het verhelderen van bestaande wettelijke taken, het creëren van stabielere, effectievere en minder versnipperde infrastructuur, een betere afstemming tussen gemeenten en Rijk. Het gaat dus niet om nieuwe taken of taakverzwaren ten opzichte van wat in de Wpg is beoogd. Dit betekent dat dit kan worden gerealiseerd binnen de bestaande financiële kaders. Echter, om het proces een eenmalige impuls te geven trekken we in totaal € 1,25 mln. extra uit voor het stimuleringsprogramma in de periode van 2014 tot en met 2016. Daarnaast maken we met de gemeenten specifieke financiële afspraken over het zetten van de prikken in het kader van het RVP.

7. Tot slot

De publieke gezondheidszorg is in beweging, moet haar verdiensten koesteren maar staat ook voor nieuwe uitdagingen. Het is aan de vier centrale spelers om dit gezamenlijk, met respect voor ieders verantwoordelijkheden, op te pakken en daaraan vorm te geven. Het Rijk en de

gemeenten moeten de bestuurlijke kaders bepalen; RIVM en GGD'en moeten zorgen voor een adequate en efficiënte professionele samenwerking.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn