

Vergaderjaar 2016–2017

34 472

Wijziging van de Wet publieke gezondheid onder meer in verband met het opnemen daarin van een aanbod van de overheid van vaccinaties en bevolkingsonderzoek en nieuwe regels voor de bestrijding van invasieve exotische vectoren

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 1 december 2016

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de beschouwingen en vragen van de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel tot wijziging van de Wet publieke gezondheid. Het verheugt me dat de commissie, onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende worden beantwoord, de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid acht. Hieronder ga ik graag in op de vragen en opmerkingen die de leden van de fracties van VVD, PvdA, SP, CDA en 50PLUS hebben over het wetsvoorstel.

I. ALGEMEEN

1. Aanleiding

1. De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan toelichten welke stappen er het komende anderhalf jaar nog genomen moeten worden om te zorgen voor een soepele en veilige overgang als het gaat om de vaccinaties en het bevolkingsonderzoek.

Om de overgang bij de uitvoering van het RVP veilig en soepel te laten verlopen, is samen met VNG, ActiZ, GGD GHOR Nederland en RIVM, een implementatietraject gestart. Hiervoor wordt een projectleider aangesteld en komt er een helpdesk waar partijen met vragen terecht kunnen. Er worden concrete instrumenten ontwikkeld zoals professionele richtlijnen en een handreiking voor gemeenten en JGZ-organisaties. Gedurende 2017 worden, indien nodig, regionale informatiebijeenkomsten georganiseerd. Voor bevolkingsonderzoek wordt met het wetsvoorstel enkel een wettelijke basis gecreëerd voor een programmatisch aanbod ter zake, maar verandert niets in het huidige aanbod en uitvoering van bevolkingsonderzoek.

2. Vaccinaties aangeboden door de overheid

2. De leden van de PvdA-fractie vragen welke maatregelen de regering neemt om de vaccinatiegraad verder te stimuleren.

Op 16 april 2012 stuurde ik hierover een brief naar de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 2012/13, 22 894 nr 310). Succesfactoren van het huidige Rijksvaccinatieprogramma (RVP) zijn de veilige en effectieve vaccins, het vertrouwen van ouders in het programma en de manier waarop het RVP georganiseerd is. Het zorgvuldig monitoren van de vaccinatiegraad blijft geborgd als een belangrijke hoeksteen van het programma, zowel landelijk (door het RIVM) als regionaal en lokaal (in overleg met de JGZ-organisaties en afdelingen infectieziektebestrijding van GGD'en).

Tegelijkertijd vraagt het RVP steeds meer uitleg. Daarvoor is een heldere, betrouwbare en genuanceerde informatievoorziening van groot belang, zowel via de media als in het persoonlijke gesprek tussen ouders en de medewerkers van de JGZ-organisatie. Ter bevordering hiervan wordt ingezet op het ondersteunen van de JGZ-organisaties bij gesprekken met ouders, maar ook via e-learning, de website van het RIVM (<http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Rijksvaccinatieprogramma/Professionals>) en door sneller te reageren op onjuiste berichten. Ook zal meer aandacht worden besteed aan de ziekten waartegen gevaccineerd wordt. Dit is nodig nu deze nauwelijks meer voorkomen en daarmee het belang van vaccinatie naar de achtergrond verdwijnt.

Ik zal daarnaast onderzoeken of publicatie van de vaccinatiegraad op kinderdagverblijven en scholen kan bijdragen aan een betere informatievoorziening van ouders.

3 en 4. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd welke onderzoeken er bij de Gezondheidsraad lopen over de inhoud van het RVP, welke nieuwe vaccinaties momenteel worden onderzocht en hoe de Gezondheidsraad hierop inspeelt.

Op dit moment loopt een adviesaanvraag bij de Gezondheidsraad over vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen. Op korte termijn zal daarnaast gestart worden met de advisering over vaccinatie tegen rotavirus en HPV. In zijn advisering gaat de Gezondheidsraad altijd uit van de laatste stand van de wetenschap en houdt de Gezondheidsraad rekening met actuele ontwikkelingen. Voor meer informatie over de advisering door de Gezondheidsraad verwijs ik u naar het werkplan van de Gezondheidsraad voor 2017. Dit is met Prinsjesdag aan u toegestuurd (Kamerstukken II, 2016–2017, 34 550, nr. 4).

5. De leden van de PvdA-fractie vragen tot welke aanbestedingsproblemen het in de praktijk leidt nu het Rijk nog verantwoordelijk is voor het RVP en de uitvoering belegd is bij JGZ-organisaties die door gemeenten worden verkozen.

Momenteel doen zich geen aanbestedingsrechtelijke problemen voor. De huidige uitvoeringsorganisaties, private zorgorganisaties en GGD'en, zijn reeds lange tijd de vaste uitvoerders van het RVP. Tot op heden hebben zich geen andere partijen gemeld om voor de uitvoering van het RVP in aanmerking te komen. In de toekomst is dit echter niet uitgesloten. Om te voorkomen dat daarmee een knip ontstaat tussen aan de ene kant de uitvoering van het RVP en aan de andere kant de uitvoering van de JGZ wordt met het onderhavige wetsvoorstel een wettelijke basis gecreëerd voor de koppeling tussen de uitvoering van beide taken.

6 en 7. De leden van de PvdA-fractie vragen of gemeenten straks verplicht worden om de RVP-taken te beleggen bij de al ingehuurde JGZ-organisaties, of dat deze taken elders uitbesteed kunnen worden. Onder welke voorwaarden kan er uitbesteed worden en hoe wordt de samenhang tussen de andere activiteiten van de JGZ geborgd?

Het onderhavige wetsvoorstel vereist dat beide taken (RVP en JGZ) onder verantwoordelijkheid van één organisatie worden uitgevoerd. Gemeenten zijn vrij bij de keuze voor die organisatie. Daarnaast kan via deze organisatie, die professioneel verantwoordelijk is voor de samenhang, eventueel worden besloten om bepaalde taken uit te besteden aan andere organisaties.

8. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen er straks uitziet als de vaccinatietaken toch worden uitbesteed bij een andere partij dan de reguliere JGZ-organisatie.

Doordat zowel het RVP als de JGZ onder verantwoordelijkheid van één organisatie moeten worden uitgevoerd, zal in de praktijk de gemeente met één organisatie een contract afsluiten voor de uitvoering van beide taken. Dit kan dus of de huidige JGZ-organisatie zijn of een nieuwe aanbieder die beide taken gaat uitvoeren.

9. Met betrekking tot vaccinaties in bijzondere situaties vragen de leden van de PvdA-fractie of vaccinaties thuis mogelijk blijven voor families die bijvoorbeeld uit geloofsovertuiging niet in het openbaar een vaccinatie willen halen. Hoe wordt deze service straks gewaarborgd als gemeenten een wettelijke verantwoordelijkheid krijgen?

In de uitvoering van het RVP worden met het wetsvoorstel op dit punt geen wijzigingen aangebracht. Het is aan de uitvoeringsorganisaties om het RVP kwalitatief goed en met een optimaal bereik uit te voeren. Dit vormt het uitgangspunt voor de professionele richtlijn RVP. Indien het voor een optimaal bereik nodig is dat vaccinaties bijvoorbeeld thuis worden toegediend, dienen hierover afspraken te worden gemaakt tussen de uitvoeringsorganisaties en gemeenten.

10 en 11. De leden van de PvdA-fractie vragen wie er precies toegang heeft tot Praeventis.

De JGZ-organisatie verstrekt de gegevens over toegediende vaccinaties aan het RIVM en het RIVM registreert deze in Praeventis. Alleen de daartoe geautoriseerde medewerkers van het RIVM hebben toegang tot deze registratie in Praeventis. De JGZ-organisatie waarbij het kind in zorg is kan telefonisch, schriftelijk of langs elektronische weg informatie uit Praeventis over de vaccinatiestatus opvragen bij het RIVM. Aan een cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger wordt op verzoek informatie verstrekt uit het dossier in Praeventis of wordt daarin inzage verleend.

Ook indien vaccinaties in ziekenhuizen worden toegediend registreert het RIVM de ontvangen vaccinatiegegevens in Praeventis en verstrekt op verzoek aan de toediener gegevens over de vaccinatiestatus.

12 en 13. Voor de hepatitis B0-vaccinatie vragen de leden van de PvdA-fractie hoe de verloskundige, het RIVM en de JGZ afstemmen om de vervolgserie van de benodigde vaccinaties te bewaken.

Als het RIVM op basis van het bloedonderzoek bij de zwangere heeft vastgesteld dat het kind geboren is uit een draagster van hepatitis B informeert het RIVM de JGZ-organisatie hierover met het oog op het

belang van tijdige toediening van de vervolgserie. Het RIVM rappelleert de JGZ-organisatie indien tijdige vaccinatie uitblijft. Mocht de vaccinatie dan nog uitblijven, dan wordt ook de ouder door het RIVM gerappelleerd. Aangezien het hier gaat om afstemming tussen het RIVM en de JGZ-organisaties en niet tussen de verloskundig zorgverleners maakt de afstemming geen onderdeel uit van de integrale geboortestandaard.

14. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd hoe vaak het voorkomt dat het RIVM nader onderzoek doet naar aanleiding van een melding over onbekende bijwerkingen van vaccins en hoe hiermee wordt omgegaan.

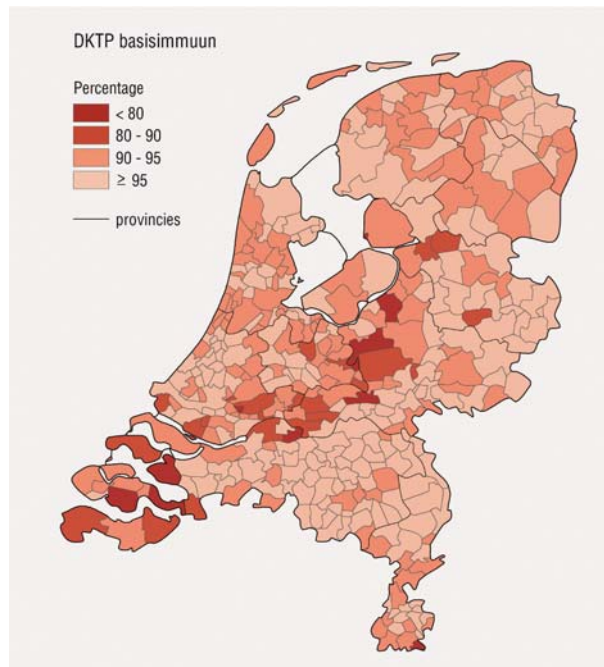
Klachten en/of bijwerkingen na vaccinatie kunnen gemeld worden bij het Bijwerkingencentrum Lareb dat hierover jaarlijks een rapportage¹ uitbrengt. Het RIVM doet onderzoek op geleide van bevindingen in de wetenschappelijke literatuur en eventuele signalen die voortkomen uit de meldingen bij Lareb. Ook evalueert het RIVM bij verandering in het vaccinatieprogramma dit door vragenlijst-onderzoek uit te voeren naar eventuele klachten die optreden na vaccinatie. Het publiek kan hierdoor geïnformeerd worden over klachten die kunnen optreden na vaccinatie zoals pijn bij de prikplek, hoofdpijn, koorts.

15. De leden van de PvdA-fractie vragen welke gemeenten momenteel achter lopen op de gemiddelde vaccinatiegraad en hoeveel deze achterstand bedraagt.

De meeste gemeenten met een lagere vaccinatiegraad concentreren zich in de zone die ook wel «Bible belt» wordt genoemd (zie Figuur 1). Dit is een gebied waar van oudsher veel mensen wonen die zich om godsdienstige redenen niet laten inenten. Voor meer informatie verwijst ik naar het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0064.pdf>) en de geografische kaarten op [Volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info)².

¹ http://www.lareb.nl/getattachment/68b466ea-21d6-4a57-b430-e22d78062a17/Lareb_rapport_RVP_aug15_04.pdf.

² <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/vaccinaties/regionaal-internationaal/zuigelingen>.



16. Wat doet de regering om deze gemeenten te stimuleren om te streven naar een hogere vaccinatiegraad?

Het uitgangspunt voor deelname aan het RVP is dat dit op basis van vrijwilligheid gebeurt. Dit neemt niet weg dat, gelet op het gevaar van een uitbraak van een infectieziekte, de relatief lage vaccinatiegraad in een aantal gemeenten een continu punt van aandacht is.

Uit onderzoek naar de vaccinatiebereidheid onder bevindelijk gereformeerden is gebleken dat voor hen in de besluitvorming over vaccinatie religieuze aspecten een doorslaggevende rol spelen. In medische informatie zijn zij minder geïnteresseerd. Om weloverwogen besluitvorming over vaccinatie te stimuleren zijn door de academische werkplaats Amphi, in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Vereniging, twee brochures ontwikkeld. Een brochure voor reformato-ri sche ouders waarin religieuze argumenten voor en tegen vaccinatie aan de orde komen en een brochure voor medewerkers in de jeugdgezondheidszorg met tips hoe zij reformato-ri sche ouders kunnen ondersteunen in hun besluitvorming. Het gebruik en de effecten van deze brochures wordt geëvalueerd.

Daarnaast wordt, met de invoering van het wetsvoorstel, de ontwikkeling van de vaccinatiegraad jaarlijks onderwerp van gesprek bij gemeenten. De vaccinatiegraad wordt, zowel landelijk als per gemeente, door het RIVM nauwgezet gemonitord. De gemeenten ontvangen de rapportage op gemeentelijk niveau en voeren hierover overleg met de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD. Deze taak van gemeenten wordt vastgelegd in de algemene maatregel van bestuur bij het wetsvoorstel. Indien gewenst kunnen de uitvoerende JGZ-organisatie en het RIVM bij het overleg tussen gemeente en de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD worden betrokken. Deze procedure is nader omschreven in de handreiking voor gemeenten.

Verder geldt dat in geval van een uitbraak, zoals bijvoorbeeld bij mazelen of rode hond, er vanuit de rijksoverheid een extra gericht vaccinatieaanbod kan worden gedaan. De praktijk leert dat tijdens een uitbraak mensen alsnog bereid zijn om hun kinderen te laten vaccineren.

Voor meer informatie over de activiteiten die worden ondernomen om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te houden verwijs ik naar het antwoord op vraag 2 en de brief aan uw Kamer van 16 april 2012 (Kamerstukken II, 2012–2013, 22 894, nr. 310).

Daarnaast laat ik onderzoeken of publicatie van de vaccinatiegraad op kinderdagverblijven en scholen kan bijdragen aan betere informatievoorziening van ouders.

17. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe vaak een RVP-ziektegeval voorkomt en hoe het RIVM daar samen met de GGD actie op onderneemt.

In het jaarlijkse RVP-rapport van het RIVM wordt voor elk van de RVP-ziekten beschreven hoe vaak ze voorkomen (zie <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0134.pdf>). Zie voor een overzicht van alle RVP-ziekten: <https://www.volksgezondheidezorg.info/onderwerp/ziekten-het-rijksvaccinatieprogramma/cijfers-context/overzicht>. De meeste ziekten waartegen wordt gevaccineerd komen weinig voor. Kinkhoest vormt hierop een uitzondering. Het vaccin geeft beperkte duur van bescherming en geeft geen bescherming aan zuigelingen die te jong zijn voor vaccinatie of nog onvolledig gevaccineerd zijn. Onder deze jonge zuigelingen verloopt kinkhoest het meest ernstig. In gebieden met een lage vaccinatiegraad waar relatief veel mensen wonen die om religieuze redenen vaccinatie afwijzen komen ook af en toe epidemieën voor. Een voorbeeld is de mazelenepidemie van 2013/2014. De maatregelen die genomen moeten worden na een ziektegeval verschillen per ziekte. De afspraken hierover zijn vastgelegd in de LCI-richtlijnen (http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/LCI_Richtlijnen).

18 en 19. De leden van de PvdA-fractie vragen of RVP-ziektegevallen vaker voorkomen bij kinderen of bij volwassenen en hoe dat kan worden verklaard.

Dit verschilt per ziekte (zie <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2015-0134.pdf>). Voordat het RVP werd ingevoerd traden de meeste RVP-ziekten vooral op bij kinderen. Gevaccineerde kinderen lopen tegenwoordig minder kans op het krijgen van deze ziekten. Bepaalde bevolkingsgroepen zijn gevoeliger voor ziekte doordat het immuunsysteem nog niet volledig ontwikkeld is (jonge kinderen) of doordat het immuunsysteem minder goed werkt (ouderen of mensen met een immuunstoornis). Daarnaast is de gevoeligheid voor ziekte afhankelijk van iemands vaccinatiestatus en of hij/zij de ziekte in het verleden heeft doorgemaakt.

20. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe onderzoek naar immuniteit van de bevolking plaatsvindt.

Onderzoek naar immuniteit van de bevolking vindt plaats met het Peiling Immunisatie Effect Nederland Ter Evaluatie van het RVP (PIENTER) onderzoek (zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/P/PIENTER_onderzoek). Dit onderzoek wordt elke tien jaar uitgevoerd. In dit onderzoek worden antistoffen in het bloed gemeten. Tussen februari 2016 en december 2017 loopt het 3e PIENTER-onderzoek, eerdere onderzoeken vonden plaats in 1995/1996 en 2006/2007.

21 en 22. De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit de informed consent-procedure voor het delen van gegevens tussen het RIVM en de JGZ-organisatie bestaat en hoe rekening wordt gehouden met lage taalvaardigheden.

In de informed consent-procedure wordt tijdens een consult uitleg gegeven over het RVP, wordt ingegaan op de algemene en specifieke vragen en eventuele twijfels van ouders, en wordt aan ouders gevraagd of zij instemmen met deelname aan het programma en de uitwisseling van gegevens. Dit gebeurt tijdens het huisbezoek door de verpleegkundige (bij ca. 2 weken), en tijdens het 4-weken-consult op het consultatiebureau bij de jeugdarts. In een aantal gevallen (geschat wordt 20%) is nog sprake van een vervolgesprek tussen de ouders en de jeugdarts.

De vaststelling of ouders voldoende zijn geïnformeerd gebeurt zoals in de gehele gezondheidszorg door de professional (de jeugdarts). De professional van de JGZ-organisatie die het gesprek met de ouders voert, houdt rekening met lage taalvaardigheden.

24 en 25. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe vaak een toegediende vaccinatie als niet geldig wordt bestempeld. Gebeurt dit verspreid over de JGZ-organisaties of gebeurt het vaak bij eenzelfde organisatie?

In 2015 werden 2.595 vaccinaties als ongeldig beoordeeld. Dat komt neer op 0,1% van het totaal aantal toegediende vaccinaties. De reden van ongeldig verklaring was veelal dat de vaccinatie als onnodig werd aangemerkt omdat het kind al voldoende geïmmuniseerd was. Daarnaast werd een aantal keren niet het juiste vaccin gebruikt of werd de vaccinatie niet op de juiste leeftijd van het kind toegediend. In enkele gevallen werd een reeds geëxpireerd vaccin gebruikt. Ongeldige vaccinaties komen bij alle JGZ-organisaties voor.

26. De leden van de SP-fractie vragen of de JGZ in alle gemeenten voldoende capaciteit heeft om deze extra taak goed uit te voeren.

In de huidige praktijk wordt het RVP reeds uitgevoerd voor de JGZ-organisaties (private zorgorganisatie of GGD). Het is daarmee geen extra taak voor deze organisaties. Met het wetsvoorstel wordt borging/ bestending van de huidige praktijk beoogd.

27. De leden van de SP-fractie vragen waarom er eigenlijk niet voor wordt gekozen om in plaats van de JGZ de GGD'en verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van het RVP.

Uitgangspunt is dat, conform de huidige praktijk, het RVP onder verantwoordelijkheid van dezelfde organisatie wordt uitgevoerd die ook de JGZ uitvoert. Het is aan de gemeenten om te bepalen welke partij dit het beste kan doen: de eigen GGD of een private partij. De gemeente is verantwoordelijk en houdt ook toezicht op het proces. Het RVP wordt in de huidige praktijk in ongeveer de helft van de gevallen door een GGD uitgevoerd. In de andere helft zijn het private zorgorganisaties. Omdat de huidige uitvoeringspraktijk goed functioneert, wordt met dit wetsvoorstel niet een keuze tussen GGD of private zorg organisatie gemaakt. Het is aan gemeenten om deze keuze te maken.

28. De leden van de SP-fractie vragen of in de situatie dat een aantal «nieuwe» vaccinaties (bijvoorbeeld voor gordelroos) voor de ouderen in het RVP worden opgenomen, kan worden toegelicht welke effecten dit heeft op de nu voorgestelde wijzigingen en de JGZ als partij met de uitvoerende taak.

Gemeenten worden verantwoordelijk voor slechts een deel van de uitvoering van het RVP. Zo blijven bijvoorbeeld taken als de inkoop, opslag en distributie van vaccins, de monitoring van het RVP, de registratie, de oproep voor deelname en de landelijke communicatie een rijksverantwoordelijkheid die belegd is bij het RIVM. Het deel waarvoor gemeenten verantwoordelijk worden, wordt nauwkeurig omschreven in een algemene maatregel van bestuur. Indien in de toekomst vaccinaties aan het RVP worden toegevoegd dan zal daarbij nadrukkelijk worden bepaald onder wiens verantwoordelijkheid, Rijk of gemeenten, deze vallen.

30 en 31. De leden van de SP-fractie vragen naar de kwaliteitseisen voor de borging van de kwaliteit van de uitvoering van het RVP waar gemeenten straks verantwoordelijk voor zijn en of het niet goed zou zijn een aantal eisen bij wet vast te leggen.

In de algemene maatregel van bestuur op basis van het wetsvoorstel wordt opgenomen voor welk deel van het RVP gemeenten verantwoordelijk worden. Daarnaast worden eisen gesteld ten aanzien van het tijdig en volgens schema uitvoeren van het RVP, de voorlichting op lokaal niveau, het hanteren van een informed consent-procedure, de medische verrichting van het vaccineren, het beheer van de vaccins, uitvoering volgens professionele richtlijnen en door voldoende en deskundig personeel, de samenwerking tussen gemeenten en het RIVM en het overleg over de vaccinatiegraad in een gemeente. Voor de algemene maatregel van bestuur is gekozen om meer flexibiliteit te hebben indien aanpassing van de eisen in de toekomst aangewezen zou zijn.

32 en 33. De leden van de SP-fractie vragen naar de huidige cijfers van het RVP als het gaat om de acceptatie ervan en de ontwikkeling die hierin is te zien.

De acceptatie van het RVP weerspiegelt zich in de hoge vaccinatiegraad (92–99% m.u.v. HPV vaccinatie). De vaccinatiegraad varieert overigens in Nederland, zoals ook is aangegeven in het antwoord op vraag 15. Dit laat echter niet zien hoe mensen denken over de vaccinaties, daarom doet het RIVM ook regelmatig onderzoek naar de houding van mensen. In 2015 gaven ouders aan een positieve houding te hebben ten aanzien van het RVP (5,5; op een 7-puntsschaal waarbij 1=heel slecht en 7=heel goed). De intentie van ouders om hun kinderen volgens het RVP te vaccineren was in 2015 vergelijkbaar met die in 2013. Voor meer informatie verwijs ik naar hoofdstuk 5 van het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0064.pdf>.

34. De leden van de SP-fractie vragen welke activiteiten er precies worden ondernomen om deze acceptatie hoog te houden of nog verder te verhogen.

Zie hiervoor het antwoord op vraag 2

35 en 36. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd of er recent sprake is geweest van vaccinfalen van een specifieke batch en, zo ja, welke acties precies werden ondernomen na een dergelijke constatering.

Vaccinfalen van een specifieke batch is recent niet voorgekomen.

37 en 38. De leden van de SP-fractie vragen naar de afwegingen tussen de bescherming van de volksgezondheid en de individuele gezondheid als het specifiek gaat om vaccinaties binnen het RVP.

Het RVP is een vrijwillig programma. Dit betekent dat ouders bij kinderen onder de twaalf jaar de finale afweging maken om hun kind te vaccineren en bij oudere kinderen zijn dat de ouders en/of het kind zelf. De rol van de overheid is zorg te dragen voor een goed toegankelijk aanbod, objectieve voorlichting en monitoring van de effecten op de doelziekten en bijwerkingen. Om als overheid een gedegen afweging te kunnen maken over het al dan niet aanbieden van een vaccinatie in het RVP, wordt eerst advies gevraagd bij de Gezondheidsraad. Die geeft, door het bestuderen van resultaten van wetenschappelijk onderzoek, antwoord op de vraag: «Verdient de vaccinatie een plek in een publiek programma, is het essentiële zorg of is er sprake van individuele zorg voor eigen rekening?» Daarin worden effectiviteit en risico's op zowel collectief als individueel niveau meegenomen. Opname in een publiek programma wordt overwogen als een infectie door het besmettelijke karakter een belemmering kan vormen voor het maatschappelijke leven en individuen zichzelf moeilijk kunnen beschermen. Voor essentiële zorg is van belang dat groepen voor wie bescherming het meest urgent is ook daadwerkelijk beschermd worden. Indien geen sprake is van een publiek belang en ook niet van essentiële zorg dan behoort een vaccinatie tot het domein van de individuele zorg. Bij iedere (nieuwe) vaccinatie worden steeds opnieuw deze afwegingen gemaakt. Overigens gaan in de overgrote meerderheid de belangen van het individuele kind en de volksgezondheid hand in hand.

39 en 40. De leden van de SP-fractie vragen ook naar de afweging tussen de bescherming van de (volks)gezondheid en de bescherming van de privacy als het gaat om vaccinaties binnen het RVP.

Privacy en (volks)gezondheid vormen geen tegenstelling, maar zijn beiden pijlers van het RVP. De kaders die gelden voor privacy in de medische sector zijn onverkort van toepassing op het RVP.

Het toedienen van een vaccinatie in het kader van het RVP is namelijk een medische verrichting waarop het medisch beroepsgeheim van toepassing is. De vaccinatie wordt geregistreerd in het JGZ-dossier. Daarnaast worden de gegevens met betrekking tot de vaccinatie (naam, adres, geslacht, geboortedatum, BSN-nummer, batchnummer van het vaccin), mits daarvoor toestemming is gegeven door de ouder, doorgegeven aan het RIVM. Het RIVM heeft deze gegevens nodig voor de kwaliteitsbewaking (via monitoring, registratie en surveillance) van het totale programma. Indien sprake is van vaccinfalen is het mogelijk om snel te traceren welke kinderen met het betreffende vaccin zijn gevaccineerd. Ook het individuele belang is gediend met de centrale registratie. Bijvoorbeeld wanneer de ziekte waartegen men in zijn jeugd is ingeënt, zich op latere leeftijd toch manifesteert. Dan kan het zijn dat het vaccin niet heeft gewerkt. Het is dan voor het individu van belang dat de in het verleden toegediende vaccinaties in het register kunnen worden geverifieerd.

41 en 42. De leden van de SP-fractie vragen of bekend is in hoeveel procent van de gevallen wel of geen toestemming voor de registratie van vaccinatiegegevens wordt gegeven en hoeveel procent van de ouders hun kind niet laat registreren maar wel laat vaccineren.

Het vragen van toestemming aan ouders voor het vastleggen van de gegevens bij het RIVM en voor de uitwisseling van de gegevens met het RIVM is een nieuw element in de te volgen informed consent-procedure bij de JGZ-organisaties. Tot dusverre is hiermee geen ervaring opgedaan en is dus niet bekend in hoeveel procent van de gevallen wel of geen toestemming voor de registratie wordt gegeven. Evenmin is bekend hoeveel procent van de ouders hun kind wel laten vaccineren maar niet registreren.

43. Als ouders geen toestemming geven voor registratie worden de gegevens wel doorgegeven aan het RIVM, maar dan geanonimiseerd. De leden van de SP-fractie vragen hoe anoniem deze gegevens zijn en op de verwachting met betrekking tot de registratiegraad.

Anoniem betekent dat bij het RIVM niet bekend is en ook niet kan worden achterhaald welke persoon de vaccinatie heeft ontvangen. Het zijn niet tot een persoon herleidbare gegevens. Bij de JGZ-organisatie (die de vaccinatie toedient) is dit uiteraard wel bekend. Het proces wordt bij het ontbreken van toestemming voor centrale registratie zo ingericht dat ook indien het bijvoorbeeld om maar een enkel geval in een kleine gemeente gaat geen herleiding tot een individu kan plaatsvinden. Zo nodig zal daartoe clustering van een kleine gemeente met andere gemeenten plaatsvinden. Overigens voert in vrijwel alle gevallen een JGZ-organisatie het RVP uit in meerdere gemeenten, waarbij een anonieme doorgifte niet kan worden herleid naar een specifieke gemeente. Een goede inschatting van het aantal ouders dat centrale registratie weigert is niet te maken. Het RIVM zal dit aantal monitoren en hierover rapporteren in het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport. In de voorlichting zal het belang van landelijke registratie op naam bij het RIVM benadrukt worden. Het RVP is een «veilig, effectief en vrijwillig» aanbod van de overheid. Omdat infectieziekten veranderlijk zijn en de effecten van vaccinatie verder gaan dan het betrokken individu, is nauwkeurige bewaking van vaccinatiegraad, effectiviteit en bijwerkingen een essentieel onderdeel van het RVP. Deze bewaking is alleen goed mogelijk met registratie op naam. Overigens heeft het kind zelf ook een individueel belang bij de registratie, bijvoorbeeld om later vaccinatiegegevens op te kunnen vragen of bij meldingen van bijwerkingen.

Op dit moment verken ik samen met RIVM, ActiZ en GGDGHOR NL de mogelijkheden om met behoud van anonimiteit, de collectieve gevolgen van weigering van centrale registratie te beperken.

44 en 45. De leden van de SP-fractie vragen om inzicht in de huidige voorraad/beschikbaarheid van vaccins en of er momenteel sprake is van (mogelijke) schaarste.

Om de vaccinvoorziening voor het RVP te borgen heeft het RIVM zowel eigen veiligheidsvoorraden als contractueel vastgelegde veiligheidsvoorraden bij de leverancier. Dit is tot nu toe een adequate manier gebleken om (dreigende) vaccintekorten in Nederland op te vangen.

Mondiaal gezien is echter sprake van tekort aan kinkhoest bevattende vaccins en Hepatitis B bevattende vaccins. Het RIVM is voortdurend in nauw overleg met de leveranciers om te zorgen dat de vaccinvoorziening naar Nederland hoge prioriteit krijgt. Hierdoor is het tot op heden gelukt om voldoende vaccins voor het RVP beschikbaar te krijgen.

46. De leden van de SP-fractie vragen hoelang de gegevens in de praktijk (gemiddeld) bij het RIVM bewaard worden.

Het registratiesysteem Praeventis van het RIVM bevat vaccinatiegegevens die zijn verzameld door de vroegere regionale entadministraties. De startdatum van deze registraties verschilt per regio; de oudste gegevens dateren van 1964.

Startdata registratie vaccinaties

Groningen	01-01-1974	Zuid-Holland	01-01-1970
Friesland	01-01-1974	Zeeland	01-01-1971
Drenthe	01-01-1974	Noord-Brabant	01-01-1970
Overijssel	01-01-1968	Limburg	01-01-1974
Flevoland	01-01-1968	Rotterdam	01-01-1981
Gelderland	01-01-1968	Den Haag	01-01-1973
Utrecht	01-01-1974	Amsterdam	01-01-1964
Noord-Holland	01-01-1970		

Vanaf 2008 registreert het RIVM de vaccinatiegegevens. Alle door de entadministratie of het RIVM geregistreerde vaccinatiegegevens zijn nog beschikbaar.

47. De leden van de SP-fractie vragen waarom er voor een periode van minimaal 15 jaar is gekozen en niet voor een langere periode.

De periode waarna een ziekte, waartegen in het kader van het RVP is gevaccineerd, zich mogelijk manifesteert is per ziekte verschillend. Het is daardoor niet mogelijk een vaste periode te kiezen. Ook is het niet mogelijk om exact te bepalen wanneer een ziekte nog kan optreden. Om die reden is zekerheidshalve gekozen voor een minimum van 15 jaren, hetgeen in de praktijk dus langer kan zijn. Hiermee wordt ook aangesloten bij de bewaartermijn in artikel 454, derde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

48. De leden van de CDA-fractie vragen aan welke andere redenen, dan de verbinding tussen de uitvoering van het RVP en de JGZ, de hoge vaccinatiegraad wordt toegeschreven.

Aan het bereiken van de hoge vaccinatiegraad in Nederland liggen naast de verbinding tussen de uitvoering van het RVP en de JGZ, meerdere oorzaken ten grondslag. De belangrijkste zijn:

- effectiviteit in het voorkomen van infectieziekten; de gebruikte vaccins zijn veilig en effectief;
- geven weinig bijwerkingen en beschermen goed tegen de doelziekten;
- vertrouwen bij de ouders in het programma en daardoor een soort «vanzelfsprekendheid» om hun kinderen te laten vaccineren;
- respect voor de vrijwilligheid van deelname aan het vaccinatieprogramma;
- ondersteuning en deskundigheidsbevordering professionals;
- communicatie met publiek;
- monitoring van de effectiviteit en veiligheidsbewaking.

49 en 50. Deze leden van de CDA-fractie vragen of er een overzicht gegeven kan worden van de vaccinatiegraad in andere (Europese) landen en of er binnen Europese landen opvallende afwijkingen zijn in aangeboden vaccinaties en bijbehorende vaccinatiegraden, en hier risico's voor de (Nederlandse) volksgezondheid te verwachten zijn.

Voor een overzicht van de vaccinatiegraad in andere Europese landen, de vaccinatieschema's aldaar, verwijs ik kortheidshalve naar de sites van de WHO en van ECDC:

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragedtp1.html en

<http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/pages/scheduler.aspx>. Alle landen in Europa vaccineren tegen DKTPHib en BMR, de meeste ook tegen pneumokokken, hepatitis B en HPV en een kleiner deel van de landen tegen meningokokken C. Het risico op uitbraken in Nederland wordt met name bepaald door de lage vaccinatiegraad in de reformatorische gezindte, het betreft dan met name kinkhoest, polio, rodehond en mazelen. Polio is uitgeroeid in Europa, maar kan zolang het niet wereldwijd uitgeroeid is, nog steeds de kop op steken. Mazelen en rodehond komen nog regelmatig voor in Europa als gevolg van een te lage vaccinatiegraad.

51. De leden van de CDA-fractie vragen wat de vaccinatiegraad van HPV-vaccinatie in Nederland is.

De HPV-vaccinatiegraad ligt op 61,0% (geboortecohort 2001 op 14-jarige leeftijd, zie <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/vaccinaties/regionaal-internationaal/adolescente-meisjes>).

52 en 53. De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting op de kwetsbaarheden van de huidige uitvoeringspraktijk vanwege de gewenste samenhang tussen RVP en JGZ.

De huidige praktijk waarin de JGZ en het RVP in samenhang door dezelfde organisatie worden aangeboden is zeer succesvol. Zo gelden voor beide hoge opkomstpercentages. Deze koppeling is op dit moment niet juridisch geborgd. Daarbij geldt dat voor de uitvoering van de JGZ door gemeenten contracten worden afgesloten met de JGZ-organisaties en dat voor de uitvoering van het RVP contracten worden afgesloten tussen het RIVM en de JGZ-organisaties. De aanbesteding van de uitvoering van de JGZ en het RVP is dus niet in een hand. Met het wetsvoorstel verandert dit doordat gemeenten verantwoordelijk worden voor beiden. Daarbij wordt met het wetsvoorstel geborgd dat de uitvoering gekoppeld is doordat de beide taken onder verantwoordelijkheid van de zelfde organisatie moeten worden uitgevoerd.

54 en 55. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de kwetsbare uitvoeringspraktijk zich verhoudt tot de hoge vaccinatiegraad in Nederland. De leden vragen ook om een nadere uiteenzetting waarom de het wetsvoorstel een verbetering is ten opzichte van de huidige praktijk, waarin het RIVM direct overeenkomsten sluit met aanbieders van de JGZ.

De huidige uitvoeringspraktijk waarin de JGZ in samenhang met het RVP wordt aangeboden is in de loop van de jaren gegroeid en is succesvol. Het ontbreken van een juridische grondslag maakt het echter kwetsbaar. De opdrachtgevers voor de JGZ zijn de gemeenten en de opdrachtgever voor het RVP is het RIVM (Rijk). Dat leidt nu niet tot problemen omdat er geen markt is waarbij nieuwe toetreders willen participeren. Het kan echter niet worden uitgesloten dat dit zo blijft. Om ervoor te zorgen dat in die nieuwe mogelijke situatie er geen obstakel ontstaat om de samenhang tussen JGZ en RVP te handhaven (de uitvoering van beide aspecten onder verantwoordelijkheid van een en dezelfde organisatie) is gekozen voor de voorliggende optie om de uitvoering van het RVP een gedeeltelijke taak voor gemeenten te maken, waarbij de gemeenten de opdracht krijgt de genoemde samenhang in acht te nemen. Zie verder ook het antwoord bij vraag 5. Het leggen van die grondslag moet dan ook vooral worden gezien als een preventieve maatregel om te borgen wat we hebben.

56. De leden van de CDA-fractie vragen of de in de algemene maatregel van bestuur op te nemen kwaliteitseisen en programmatische eisen (minimaal) van hetzelfde niveau als nu blijven.

Het huidige kwaliteitsniveau van de uitvoering van het RVP zal worden gehandhaafd en op sommige punten zoals bijvoorbeeld de informed consent-procedure worden verbeterd. Om dit te bewerkstelligen wordt een professionele richtlijn RVP opgesteld. Deze richtlijn vormt een vertaling van de huidige uitvoeringsregels RVP zoals opgesteld door het RIVM. Daarnaast wordt voor het handhaven van de kwaliteit in de algemene maatregel van bestuur een aantal programmatische en kwaliteitseisen aan de uitvoering van het RVP gesteld. Door de IGZ kan worden getoetst op handhaving van zowel de professionele richtlijn als de algemene maatregel van bestuur.

57 en 58. De leden van de CDA-fractie vragen of met deze regeling gemeentelijke beleidsvrijheid ontstaat in de uitvoering. Zo ja, op welke manieren kunnen verschillen tussen gemeenten ontstaan in het aanbod en de kwaliteit van het RVP?

De beleidsvrijheid voor gemeenten zal minimaal zijn. Zo wordt de inhoud van het RVP bij algemene maatregel van bestuur vastgelegd. Dit betekent dat welke vaccinaties en bij welke doelgroep moeten worden toegediend vast ligt. Daarbij geldt dat de inkoop, opslag en distributie van vaccins een verantwoordelijkheid van het Rijk blijft. Dit betekent in de praktijk dat de vaccins worden aangeschaft door het RIVM, het RIVM deze opslaat en vervolgens tot in de koelkast distribueert naar de JGZ-organisaties. Landelijk wordt dus met dezelfde vaccins gewerkt.

De kwaliteit van de uitvoering (het vaccineren en geven van voorlichting) is een verantwoordelijkheid van de JGZ-professionals (artsen en verpleegkundigen). Om hierin zoveel mogelijk uniformiteit en eenheid te garanderen wordt de professionele richtlijn RVP opgesteld en worden programmatische en kwaliteitseisen in de algemene maatregel van bestuur opgenomen.

59. De leden van de CDA-fractie vragen of en zo ja hoe wordt gemeten wat de vaccinatiegraad per gemeente is.

De vaccinatiegraad wordt berekend door voor elke gemeente het aantal gevaccineerde kinderen te delen door het totaal aantal kinderen. Zie de bijlage bij het jaarlijkse vaccinatiegraadrapport: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0064.xlsx>.

60. De leden van de CDA-fractie vragen of een te lage vaccinatiegraad in een gemeente kan duiden op verkeerd beleid van de gemeente.

De vaccinatiegraad van een gemeente wordt vooral bepaald door de samenstelling van de bevolking. In veel gemeenten met een lagere vaccinatiegraad wonen relatief veel mensen die hun kinderen om godsdienstige redenen niet laten vaccineren. Er zijn geen aanwijzingen dat een te lage vaccinatiegraad wordt veroorzaakt door «verkeerd beleid» van de gemeente. Zie het rapport Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, verslagjaar 2016, paragraaf 3.2. Grafisch is weergegeven in figuur 2, 3 en 4 hoe de vaccinatiegraad is verdeeld over de gemeenten.

61 en 62. De leden van de CDA-fractie vragen of er een minimum komt voor de vaccinatiegraad op gemeenteniveau en, zo ja, op welke manier daarop wordt gecontroleerd en gehandhaafd.

Nee, er komt geen minimum aan de vaccinatiegraad op gemeenteniveau. De ontwikkeling van de vaccinatiegraad, zowel landelijk als per gemeente, wordt door het RIVM nauwgezet gemonitord. De gemeenten ontvangen jaarlijks de rapportage op gemeentelijk niveau en voeren hierover overleg met de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD. Deze taak van gemeenten wordt vastgelegd in de algemene maatregel van bestuur bij het wetsvoorstel. Indien nodig kunnen de uitvoerende JGZ-organisatie en het RIVM bij het overleg tussen gemeente en de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD worden betrokken. Deze procedure is nader omschreven in de handreiking voor gemeenten.

63. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering met voorbeelden kan uitleggen in welke gevallen zou moeten kunnen worden afgeweken van het principe dat de uitvoering van de JGZ en de RVP door één organisatie wordt gedaan.

Het wetsvoorstel schrijft in artikel 6b, derde lid, voor dat het (bij algemene maatregel aangewezen deel van het) RVP moet worden uitgevoerd, door of onder verantwoordelijkheid van de organisatie die de JGZ uitvoert. Afwijking hiervan is op grond van de wet dus niet mogelijk. Wel kan in de praktijk de situatie ontstaan dat de betreffende JGZ-organisatie, onder zijn verantwoordelijkheid, de uitvoering van het RVP aan een andere organisatie overlaat. De (eind)verantwoordelijkheid gaat daarmee niet over op die andere organisatie maar blijft bij de JGZ-organisatie. Dit zal naar verwachting enkel in uitzonderlijke gevallen plaatsvinden. Het kan dan bijvoorbeeld de situatie betreffen dat inschakeling van een andere partij geboden is om een deel van de populatie effectief te bereiken met het vaccinatie-aanbod. Een voorbeeld is de overeenkomst van GGD Regio Utrecht met het antroposofisch bureau Artemis in Amersfoort, waarbij Artemis de uitvoering verzorgt voor zijn cliënten. De GGD blijft echter eindverantwoordelijk en maakt afspraken over de kwaliteit van de uitvoering.

64. De regering schrijft dat van gemeenten een inspanningsverplichting mag worden verwacht opdat alle kinderen in hun gemeente worden bereikt. Daarbij gaat het ook om kinderen die langdurig ingezetenen zijn in de gemeente, maar niet in de gemeentelijke basisadministratie (GBA) zijn opgenomen, zoals kinderen in ziekenhuizen en residentiële instellingen. De leden van de CDA-fractie vragen welke gemeente de inspanningsverplichting krijgt: de gemeente waar de kinderen zijn ingeschreven, of de gemeente waarin zij (langdurig) verblijven.

De inspanningsverplichting rust bij de gemeente waar de kinderen langdurig verblijven.

65 en 66. De leden van de CDA-fractie vragen tevens hoe op deze inspanningsverplichting wordt gecontroleerd en gehandhaafd. Zij vragen tevens hoe dit nu geregeld is.

De controle en handhaving van de inspanningsverplichting is aan de gemeenten zelf. Het is bij gemeenten bekend bij welke instellingen dit mogelijk speelt. Ze zullen daarover afspraken maken met de JGZ-organisaties die nu ook al de vaccinaties verzorgen. Als dit tot problemen leidt zal dit snel via de JGZ-organisaties of het RIVM worden signaleerd. Deze inspanningsverplichting is op dit moment niet aan de orde omdat de gemeenten nu geen rol spelen bij de financiering van het RVP. Een JGZ-organisatie kan een declaratie voor het toedienen van de vaccinatie bij het RIVM indienen, los van de vraag bij welke gemeente het kind staat ingeschreven of verblijft.

67. De leden van de CDA-fractie vragen of, en zo ja waarin, er verschillen zijn in de kwaliteitseisen en programmatische eisen als het gaat om het RVP en de vaccinatie op grond van de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005.

Op grond van de Regeling Zorg asielzoekers wordt aan de personen die vallen onder de «Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005» een vaccinatieaanbod gedaan dat gelijkwaardig is aan het RVP en waarvoor dezelfde kwaliteitseisen gelden. De uitvoering van dit vaccinatieprogramma is geborgd in een overeen-

komst van COA met GGD GHOR Nederland en van het RIVM met de zorgverzekeraar.

68 en 69. De leden van de CDA-fractie vragen of ten opzichte van de huidige praktijk een verandering plaatsvindt in de rol en werkwijze van Lareb en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Heeft het voorliggende voorstel consequenties voor de uitvoering door deze organisaties?

Nee, de rol en uitvoering van Lareb en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) worden met het wetsvoorstel niet gewijzigd.

70. De leden van de CDA-fractie vragen waarom het mogelijk is dat ouders hun kind wel laten vaccineren, maar dat dit gegeven niet wordt gedeeld met het RIVM. Kan de regering aangeven hoe vaak dit gebeurt?

Op grond van de privacywetgeving (Wet bescherming persoonsgegevens en de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek (WGBO)) dient aan cliënten toestemming te worden gevraagd voor de verwerking van hun persoonsgegevens. Cliënten kunnen deze toestemming weigeren. In het geval van vaccinatie in het kader van het RVP geldt dat het vanwege individuele en volksgezondheidsbelangen belangrijk is dat er centrale registratie van de gegevens bij het RIVM plaatsvindt. Ouders zullen hierop worden gewezen tijdens het consult. Voor de uitvoering van het RVP is centrale registratie dan ook het uitgangspunt. Naar verwachting zullen de meeste ouders hieraan ook willen meewerken als zij om toestemming hiervoor worden gevraagd. Niettemin is het mogelijk voor een ouder om hun kind wél te laten vaccineren, maar dit gegeven niet te delen met het RIVM. De keuze voor deze mogelijkheid is genomen vanuit het volksgezondheidsbelang, de bescherming van de bevolking tegen uitbraken van infectieziekte/epidemieën, en de bescherming van het individu. Het alternatief, geen toestemming voor het doorleveren van gegevens aan het RIVM, maar dan ook geen vaccinatie, is vanuit die overweging ongewenst. De situatie dat geen toestemming wordt gegeven voor het verstrekken van de vaccinatiegegevens aan het RIVM heeft zich de afgelopen jaren niet voorgedaan. Ook zijn er geen verzoeken binnengekomen bij het RIVM om reeds geregistreerde gegevens te verwijderen.

71. De leden van de CDA-fractie leden vragen waarom de gegevens in Praeventis worden bewaard gedurende minimaal 15 jaren en waarom niet langer.

Zie hiervoor het antwoord bij vraag 47.

72. De leden van de CDA-fractie vragen een nadere uiteenzetting waarom met dit wetsvoorstel de mogelijkheid wordt geschapen om vaccinaties, via de Wet publieke gezondheid (Wpg), programmatisch aan te bieden. Welke problemen worden hiermee opgelost?

De uitwerking van het onderhavige wetsvoorstel betreft voornamelijk het programmatisch aanbieden van de vaccinaties zoals die zijn opgenomen in het RVP waarbij de uitvoering mede door gemeenten geschiedt. De ontwikkelingen met betrekking tot vaccins en vaccinaties staan echter niet stil. Het is niet uitgesloten dat in de toekomst ook een programmatisch overheidsaanbod van vaccinaties wordt gedaan buiten het RVP en zonder mede uitvoering door gemeenten. Gelet hierop is hiervoor in het wetsvoorstel ook een mogelijkheid gecreëerd.

73. De leden van de CDA-fractie vragen welke andere programma's in de toekomst zouden kunnen worden toegevoegd.

Of in de toekomst andere programma's worden toegevoegd is op dit moment nog niet bekend. Opname van vaccinaties in het RVP dan wel aanbod van een ander programma wordt steeds vooraf gegaan door een advies van de Gezondheidsraad. Concreet heeft de Gezondheidsraad momenteel de advisering over pneumokokken bij ouderen, vaccinatie tegen rotavirus bij kinderen en vaccinatie tegen HPV bij jongeren onder behandeling. Of genoemde vaccinaties ook worden opgenomen in een programmatisch aanbod is mede afhankelijk van de uitkomsten van de advisering door de Gezondheidsraad.

74. t/m 79. Het lid van de 50PLUS-fractie vraagt of de koppeling van het RVP en de JGZ betekent dat het RVP niet meer zal worden uitgebreid met vaccinaties voor mensen ouder dan 18 jaar en wat dit betekent voor de eventuele financiering van vaccinaties van ouderen tegen gordelroos en tegen pneumokokken. Waarom wordt voornamelijk alleen het programmatisch aanbieden van het RVP geregeld? Welke andere programma's zouden hieraan kunnen worden toegevoegd?

De uitwerking van het wetsvoorstel betreft voornamelijk het deel van het RVP dat mede uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Het wetsvoorstel biedt dus ook de mogelijkheid om een programmatisch vaccinatieaanbod voor ouderen te doen. Of dat ook zal worden gedaan, is afhankelijk van de uitkomsten van de advisering van de Gezondheidsraad hierover.

3. Bevolkingsonderzoeken aangeboden door de overheid

82 en 83. De leden van de VVD-fractie vragen op welke termijn zal worden bezien of de wijze van financiering bevolkingsonderzoeken via de Subsidieregeling publieke gezondheid wordt voortgezet en welke andere mogelijkheden de regering ziet.

Met dit wetsvoorstel zal de financiering van de onder de Subsidieregeling publieke gezondheid gesubsidieerde activiteiten met betrekking tot de bevolkingsonderzoeken een kader in de Wpg krijgen. Dit zal echter pas in een later stadium worden uitgewerkt omdat in september 2016 de Subsidieregeling tijdelijk (maximaal vijf jaar) wordt verlengd. Deze verlenging is noodzakelijk om voor de komende jaren de activiteiten binnen de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker, darmkanker, het nationaal programma grieppreventie en aanvullende seksuele gezondheidszorg voort te zetten.

84. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om de financiering direct te regelen met dit voorliggende wetsvoorstel, zo vragen de leden van de VVD-fractie?

De vervaldatum van de Subsidieregeling publieke gezondheid is 1 januari 2017. De beoogde ingangsdatum van de Wet publieke gezondheid is 1 januari 2018. Verlenging van de subsidieregeling is dus noodzakelijkerwijs aan de orde om financiering voor 2017 te garanderen.

85. De leden van de VVD-fractie vragen waarom de resultaten zo lang worden bewaard door het RIVM.

Met de bewaartermijn van (minimaal) 15 jaar wordt aangesloten bij de bewaartermijn in artikel 454, derde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek

86. De leden van de VVD-fractie vragen of zowel de positieve als negatieve resultaten bijvoorbeeld worden gebruikt voor medisch-wetenschappelijk onderzoek, ook na een periode van vier jaar.

Deze vraag betreft de hielprikkaarten. Alle hielprikkaarten – ongeacht het resultaat positief of negatief – worden gedurende 1 jaar bewaard voor kwaliteitsborging. Als ouders geen bezwaar hebben gemaakt, worden de kaarten vervolgens nog vier jaar bewaard voor wetenschappelijk onderzoek. Daarna worden de kaarten vernietigd.

87. De leden van de VVD-fractie vragen wie de regie heeft op de verantwoordelijkheid om altijd toestemming aan de ouders te vragen indien voor wetenschappelijk onderzoek gebruik moet worden gemaakt van persoonsgegevens van een kind.

Het RIVM heeft die regie. Anonieme gegevens worden gebruikt voor monitoring en wetenschappelijk onderzoek. Als voor wetenschappelijk onderzoek gebruik moet worden gemaakt van herleidbare gegevens dan wordt toestemming gevraagd aan de ouders (via een brief vanuit het RIVM).

88. De Afdeling Advisering van de Raad van State heeft een aantal kritische opmerkingen geplaatst over het gebruik van gegevens uit de hielprikscreening. De leden van de VVD-fractie vragen de regering of deze kaders zullen worden neergelegd in een ministeriële regeling.

De opmerking van de Afdeling zag op het voorgestelde tweede lid van artikel 12a. In dat lid is een uitzondering op het toestemmingsvereiste vooraf neergelegd ten behoeve van de betrokken opvolgend kinderarts, voor de situatie als dat noodzakelijk is vanwege de urgentie van de aansluitende zorg door deze arts. Naar aanleiding van de opmerking van de Afdeling is de tekst van dat lid verbeterd. Verder, dus buiten de situatie, bedoeld in dat lid, gelden de regels van de Wet bescherming persoonsgegevens en WGBO. Daarin staat al precies aangegeven aan wie op welke gronden gegevens kunnen worden verstrekt en in welke gevallen gegevens worden verwijderd.

89. De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier de privacy van personen kan worden geborgd.

Bij de registratie van persoonsgegevens en medische gegevens in de informatiesystemen van de screenings wordt zorgvuldig omgegaan met de geregistreerde gegevens. De systemen voldoen aan de eisen die zijn vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de WGBO. Bij de uitwisseling van gegevens moet ook worden voldaan aan de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Aanvullend geldt nog de NEN norm 7510 voor registratiesystemen zoals Praeventis. Het RIVM werkt alleen met geaccrediteerde laboratoria die voldoen aan wat is vastgesteld in de accreditatie-eisen.

90 en 91. De leden van de VVD-fractie vragen wie binnen NEORAH toegang tot persoonlijke medische gegevens van het kind hebben en op welke gronden. In welke gevallen zullen de gegevens verwijderd worden?

Via een rollen- en rechtensysteem is binnen NEORAH conform de WGBO geregeld dat uitsluitend medewerkers toegang tot de medische gegevens van het kind hebben die dat nodig hebben vanwege hun behandelrelatie met het kind. Medische gegevens worden verwijderd op verzoek van ouders via een door hen ondertekende brief. Zie <http://www.rivm.nl/>

Onderwerpen/H/Hielprik/Juridische_informatie/Wilt u gegevens laten verwijderen?

92. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd welke andere bevolkingsonderzoeken de regering beoogt om in de toekomst onder voorliggende wet te plaatsen en waarom er niet voor is gekozen om naast de hieprikscreening en de PSIE ook de bevolkingsonderzoeken naar borst-, darm- en baarmoederhalskanker aan voorliggend wetsvoorstel toe te voegen.

Tot 2015 had de hieprikscreening een wettelijke basis in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), en nu heeft deze een tijdelijke wettelijke basis in artikel 4a van de Wpg, in afwachting van een definitieve regeling via onderhavig wetsvoorstel per 1 januari 2018. De Prenatale Screening Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie (PSIE) kent tot heden geen wettelijke basis. Via dit wetsvoorstel wordt deze wettelijke basis alsnog gelegd. De financiering voor PSIE en hieprikscreening vindt via de Rijksbegroting plaats. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om (op termijn) ook andere bevolkingsonderzoeken, zoals de bevolkingsonderzoeken naar borst-, darm- en baarmoederhalskanker aan de Wpg toe te voegen. De noodzaak om dit al per 1 januari 2018 te doen, zoals wel aanwezig bij de hieprikscreening en de PSIE, ontbreekt bij de bevolkingsonderzoeken naar kanker, nu dit geregeld is via de Subsidieregeling publieke gezondheid. Op termijn zullen ook deze bevolkingsonderzoeken worden geregeld via de Wpg.

93. De leden van de PvdA-fractie vragen per wanneer de 14 nieuwe aandoeningen worden toegevoegd aan de hieprikscreening en hoe het implementatietraject eruit ziet.

Op basis van de uitvoeringstoets die in mei 2017 door het RIVM zal worden opgeleverd zal een besluit worden genomen over de daadwerkelijke toevoeging van nieuwe aandoeningen en de planning van de gefaseerde invoering.

94. De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen om de afstemming tussen ziekenhuis en JGZ-organisatie als de hieprikscreening moet worden verricht in het ziekenhuis omdat de pasgeborene zich daar nog bevindt. Welke waarborgen zijn er voor een goede afstemming en overdracht?

Dit is geregeld in het draaiboek NHS (zie: <http://www.draaiboekhieprikscreening.rivm.nl/>). Naar de draaiboeken zal ook worden verwezen in de uitvoeringsregeling op grond van het voorgestelde artikel 12a, derde lid.

95. De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit de informed consent-procedure voor het delen van gegevens tussen het RIVM en de JGZ-organisatie bestaat. Hoe wordt vastgesteld of ouders voldoende zijn geïnformeerd en een goed geïnformeerde keuze hebben gemaakt?

Het is inherent aan deelname aan de hieprikscreening dat gegevens worden uitgewisseld. (Zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hielprik/Juridische_informatie). De voorlichting is uitvoerig beschreven in folders en op de website van het RIVM. Ouders worden in het derde trimester van de zwangerschap voorgelicht door de verloskundige over de hieprikscreening. Na de geboorte komt de screener langs om de hieprik af te nemen. De screener vraagt of de ouders de informatie hebben begrepen en beantwoordt eventuele aanvullende vragen.

96. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe rekening wordt gehouden met lage taalvaardigheden.

Alle folders van het RIVM worden geschreven op taalniveau B1 zoals vastgelegd in het voorlichtingskader voor alle bevolkingsonderzoeken. Als informatie op taalniveau B1 is geschreven – eenvoudig Nederlands –, dan kan 95% van de bevolking de informatie zelfstandig begrijpen.

Voor laaggeletterden is speciale informatie ontwikkeld (de hielprik in een stripverhaal).

97 en 98. De leden van de PvdA-fractie vragen wat het huidige beleid is omtrent ethische dilemma's, zoals nevenbevindingen en hoe de informed consent-procedure daarmee rekening houdt. Tevens vragen zij hoe wordt omgegaan met ouders die de uitkomsten en/of nevenbevindingen niet willen weten.

Een onderdeel van de informed consent-procedure bij de hielprikscreening is dat ouders geïnformeerd worden dat vooraf vastgestelde nevenbevindingen worden gerapporteerd. Indien ouders bezwaar maken tegen het ontvangen van informatie over dragerschap van sikkelcel bij hun kind kunnen zij dit aangeven bij degene die de hielprik uitvoert. De screener vraagt de ouders dan hun handtekening te zetten op de hielprikkaart. Dit maakt onderdeel uit van de informed consent-procedure.

99 en 100. De leden van de PvdA-fractie vragen welke professionals toegang hebben tot NEORAH.

Zie hiervoor het antwoord bij vraag 90.

101. De leden van de PvdA-fractie vragen of inzake de PSIE de werkwijze waarbij de verloskundig zorgverlener de zwangere informeert over de bloeduitslagen en indien nodig overdraagt aan de tweedelijnszorg, wordt opgenomen in de geboortezorgstandaard.

Dit is inderdaad het geval. In de zorgstandaard wordt verwezen naar het draaiboek (www.draaiboekpsie.nl).

102. De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit de informed consent-procedure voor het delen van gegevens tussen de verloskundige en het RIVM bestaat. Hoe wordt vastgesteld of ouders voldoende zijn geïnformeerd en een goed geïnformeerde keuze hebben gemaakt?

De zorgverlener vertelt de zwangere wat de screening inhoudt. Zij krijgt ook een folder waarin zij alles nog eens kan nalezen. Daarna beslist de zwangere of ze meedoet aan de screening. Dit heet «informed consent» ofwel «geïnformeerde toestemming». Informatie is tevens beschikbaar op de website van het RIVM (zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoeken_en_screeningen/Juridische_informatie_Screeningen_bij_zwangeren_en_pasgeborenen/Recht_op_informatie_en_toestemming/Praktisch_hoe_werkt_dit_bij_screeningen).

103. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe rekening wordt gehouden met lage taalvaardigheden?

Zie hiervoor het antwoord op bij vraag 96.

104 en 105. De leden van de SP-fractie vragen of de regeling kan aangeven hoe concreet de plannen momenteel zijn voor een uitbreiding van de regeling inzake bevolkingsonderzoek in de Wpg en hoe dit wordt gefinancierd.

Zie hiervoor het antwoord bij vraag 92 en de vragen 82 tot en met 84.

106. De leden van de SP-fractie vragen of het mededelen van dergelijke afwijkende uitslagen op schriftelijke wijze de juiste en meest gepaste weg is en er geen meer persoonlijke alternatieven zijn.

Dit betreft een misverstand. De ouders worden persoonlijk geïnformeerd door de huisarts bij afwijkende uitslagen. Daarna volgt een brief.

107. De leden van de CDA-fractie vragen welke andere bevolkingsonderzoeken op basis van dit wetsvoorstel in de toekomst worden aangeboden.

Zie hiervoor het antwoord bij vraag 92.

108. De leden van de CDA-fractie vragen hoe vaak in het verleden het aanbod van deze bevolkingsonderzoeken is gewijzigd.

In 2006 is de regie op de bevolkingsonderzoeken van het CVZ overgegaan naar het RIVM. In 2007 is de screening op Downsyndroom en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) toegevoegd. In 2014 is het bevolkingsonderzoek darmkanker ingevoerd.

109. De leden van de CDA-fractie vragen via welke procedure wordt bepaald welke bevolkingsonderzoeken programmatisch worden aangeboden.

Dit geschiedt op grond van artikel 12a, eerste lid, van dit wetsvoorstel bij algemene maatregel van bestuur op voordracht van de Minister van VWS. Een voorstel voor een landelijk bevolkingsonderzoek wordt pas gedaan als het aan de criteria voor verantwoorde screening voldoet en de voordelen opwegen tegen de nadelen. Hiervoor wordt het advies van de Gezondheidsraad ter zake gebruikt. De Gezondheidsraad beoordeelt op basis van wetenschappelijke inzichten of het wenselijk is om een bevolkingsonderzoek in te voeren, uit te breiden of aan te passen. Daarbij kijkt de Gezondheidsraad ook of het nut van een bevolkingsonderzoek opweegt tegen eventuele risico's voor deelnemers. Om tot haar advies te komen, gebruikt de Gezondheidsraad de criteria van Wilson en Junger en de aanvullende criteria van de WHO. De Raad adviseert over de doelgroep, de te gebruiken screeningstest (aard, afkapwaarde), het aantal screeningsronden, de screeningsfrequentie en de kwaliteitseisen. Ook adviseert zij of voor een bevolkingsonderzoek een WBO-vergunning nodig is. (zie: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoeken_en_screeningen/Achtergrondinformatie/Bevolkingsonderzoek_de_organisatie/Vorbereiding_betrokken_overheidspartijen).

110 en 111. De leden van de CDA-fractie vragen waarom op dit moment wordt gezien of de wijze van financiering van de uitvoering van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker dient te worden voortgezet. Op welke wijze zouden de bevolkingsonderzoeken alternatief gefinancierd kunnen worden.

Zie hiervoor het antwoord op bij de vragen 82 en 83.

112 en 113. De leden van de CDA-fractie vragen waarom onderzocht wordt of het mogelijk is om de ouders ook bij een gunstige uitslag schriftelijk te informeren en welke afwegingen hierbij een rol spelen.

Het is van belang om bij screening die wordt aangeboden vanuit de overheid de deelnemers te informeren over de uitkomst van de screening en hiermee de screening formeel af te ronden. De afwegingen die hierbij een rol spelen zijn enerzijds of het technisch mogelijk is de gunstige uitslag te melden en anderzijds of ouders er behoefte aan hebben.

4. Bestrijding invasieve exotische vectoren

114 en 115. De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan aangeven waarom in 2013 tijdens het opstellen van het convenant geen sanctiemogelijkheden zijn opgenomen. Zijn er tot op heden helemaal geen sancties of maatregelen opgelegd aan die bedrijven die de afspraken uit het convenant niet nakwamen?

Het convenant bevat preventieve maatregelen op gebruikte-bandenbedrijven die proportioneel zijn. Het is gesloten om via zelfregulering te komen tot een kleiner risico voor de introductie en verspreiding van Aziatische tijgermuggen. Het opnemen van sancties bij het niet nakomen van afspraken uit een convenant past daar niet bij. Wetgeving met sanctiemogelijkheden komt pas in beeld als blijkt dat zelfregulering niet afdoende werkt of wijziging van de situatie om andere redenen het opleggen van sancties rechtvaardigt.

Het convenant voorziet niet in privaatrechtelijke sancties indien de preventieve maatregelen uit het convenant niet zijn opgevolgd. Op grond van artikel 47 van (de huidige) Wpg kunnen gemeenten wel bestuursrechtelijke maatregelen treffen nadat een mug of larf op zo'n bedrijf is aangetroffen. Hiertoe is tot nu toe evenwel geen aanleiding geweest.

116. De leden van de VVD-fractie vragen de regering om welke bevoegdheden het hier precies gaat.

De Minister van VWS kan bedrijven waar invasieve exotische vectoren worden gevonden of indien er een aanmerkelijk risico daarop is, maatregelen opleggen en medewerking vorderen bij het uitvoeren van bestrijdingen. Dat kunnen soortgelijke maatregelen als uit het huidige convenant zijn zoals het droog opslaan en stickeren van banden uit risicogebieden. De NVWA gaat het toezicht op de naleving van deze maatregelen uitvoeren en kan namens de Minister bestuurlijke sancties opleggen als de betrokken bedrijven in gebreke blijven. In ernstige gevallen is het ook mogelijk proces-verbaal op te maken.

117 en 118. De leden van de VVD-fractie vragen hoeveel fte bij de NVWA zal worden vrijgemaakt voor de bestrijding van invasieve exotische vectoren en of dit werk ten koste gaat van de andere taken van de NVWA.

De NVWA heeft reeds bestaande budgetten van de Ministeries van VWS en EZ voor monitoring van (exotische) vectoren. Daarnaast werd door het Ministerie van VWS jaarlijks afgerekend op basis van het aantal daadwerkelijk uitgevoerde bestrijdingen van exotische muggen. Met ingang van 1 januari 2016 is dit incidentele budget een extra structureel budget van 600.000 euro van de Minister van VWS geworden, specifiek geormerkt voor de monitoring en de bestrijding van invasieve exotische muggen. Omdat vondsten niet goed voorspelbaar zijn, is tevens afgesproken dat de Minister de kosten die boven dat budget uitstijgen zal vergoeden. Voor bestrijding en monitoring zijn ca. 9 fte opgenomen in het NVWA jaarplan

2016. Het werk ter zake van de bestrijding van exotische vectoren gaat niet ten koste van andere taken van de NVWA.

119 en 120. De leden van de VVD-fractie vragen of de nieuwe bevoegdheid tot preventie ook bij de NVWA komt te liggen en wat deze bevoegdheid inhoudt.

Ja, de NVWA zal deze maatregelen kunnen opleggen namens de Minister van VWS. Betrokkene zal van de NVWA een besluit ontvangen met de te nemen preventieve maatregelen en de NVWA kan er op toezien dat deze worden opgevolgd. De NVWA gaat het toezicht op deze maatregelen uitvoeren en kan namens de Minister bestuurlijke sancties opleggen als de betrokken bedrijven in gebreke blijven. In ernstige gevallen is het ook mogelijk proces-verbaal op te maken.

121. De leden van de SP-fractie vragen of er inmiddels voldoende kennis is over te nemen maatregelen als het gaat om de bestrijding van muggenvectoren.

De NVWA en het RIVM hebben voldoende kennis met betrekking tot de bestrijding van invasieve exotische muggensoorten die betrokken kunnen zijn bij de overdracht van ziekten. Het is belangrijk dat deze muggensoorten die ziekten zouden kunnen overdragen zich niet in Nederland vestigen. Zoals u heeft kunnen lezen in het u toegestuurd beleidsadvies over inheemse muggen (brief van 29 maart 2016, kenmerk 952679-149051-BPZ) is het bestrijden van deze inheemse muggensoorten, die alom zijn gevestigd, echter nog een kennisgebied dat volop in ontwikkeling is.

122. De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak de NVWA in 2015 en in 2016 tot nu toe een onderzoek/inspectie heeft uitgevoerd en in hoeveel van die gevallen heeft zij vervolgens een invasieve exotische mug aangetroffen.

De NVWA legt jaarlijks ruim 600 bezoeken af op risicolocaties zoals bij gebruikte-bandenbedrijven, bij bedrijven die Lucky Bamboo importeren, op Schiphol, bij veilingen, in de Rotterdamse haven en op het volkstuinencomplex in Lelystad. In 2016 werden ook tijgermuggen aangetroffen bij een bedrijf dat tweedehands vrachtwagens verhandelt. Ook werden muggen en larven gevonden in een woonwijk in Veenendaal waar geen risicolocaties in de directe omgeving zitten. Bij respectievelijk 2, ruim 30 (inclusief meerdere inspecties in Veenendaal) en 48 inspecties werden tot eind augustus 2016 gelekoortsmuggen, Aziatische tijgermuggen en Aziatische bosmuggen aangetroffen. Het hoge aantal positieve inspecties bij de bosmug is verklaarbaar doordat de bestrijding van de gevestigde populatie pas in 2015 begon. Bij de inspecties voorafgaand en tijdens de start van die aanpak werd de bosmug zeer vaak aangetroffen. Bovendien zijn de acties bij afzonderlijke volkstuincomplexen, als aparte inspecties beschouwd, ook al waren ze vaak in dezelfde week.

123. De leden van de SP-fractie vragen bij hoeveel bedrijven door de NVWA de afgelopen vijf jaar meerdere keren invasieve exotische muggen zijn aangetroffen.

In de periode 2012–2016 zijn vier bedrijven die handelen in Lucky Bamboo-planten meerdere keren besmet. In dezelfde periode waren tien bedrijven, die handelen in gebruikte banden, meerdere keren besmet. De locaties waar de Aziatische bosmug voorkomt, zijn niet aangemerkt als bedrijfslocatie. Het betreft hier volkstuincomplexen.

124 en 125. De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak er de afgelopen vijf jaar is gehandhaafd naar aanleiding van het aantreffen van invasieve exotische muggen en welke maatregelen zijn genomen.

Er is tweemaal gehandhaafd. In beide gevallen betrof het dezelfde importeur die zich niet had gehouden aan de eisen die het Warenwetbesluit Lucky Bamboo stelt aan het binnen brengen van Lucky Bamboo binnen Nederland. De eerste keer is op last van de NVWA de gehele partij Lucky Bamboo vernietigd. In het tweede geval mocht de partij een maand niet worden verhandeld tot dat was gebleken dat er geen tijgermuggen meer uit eitjes konden komen.

126. De leden van de SP-fractie vragen naar de meest actuele informatie in Nederland en Caribisch Nederland inzake het zikavirus.

In continentaal Nederland zijn geen besmettingen opgetreden via overdracht door muggen. Deze worden ook niet verwacht. Wel is onlangs het eerste geval van mogelijk seksuele transmissie van Zikavirus in Nederland geconstateerd.

Per 8 september 2016 bedraagt het aantal besmettingen in Caribisch Nederland:

- Bonaire: ongeveer 20
- Saba: ongeveer 10
- Sint Eustatius: ongeveer 20
- Aruba: ongeveer 25
- Curacao: ongeveer 320
- Sint Maarten: ongeveer 50.

127. De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen na besmetting in het buitenland zijn teruggereisd naar Nederland.

Per 8 september 2016 zijn er 90 patiënten gemeld in Europees Nederland. Dit betreft importgevallen, met uitzondering van het geval van mogelijke seksuele transmissie.

128. De leden van de SP-fractie vragen hoe het staat met de bestrijding van het virus en de preventieve interventies, met name in Caribisch Nederland.

Door voorlichting aan professionals, bewoners en reizigers en extra muggenbestrijdingsmaatregelen vanuit de lokale overheid wordt beoogd de overdracht van het virus te beheersen. De eilanden scherpen hun muggenbestrijdingsactiviteiten aan bij uitbraken. Daarnaast is door het RIVM voor en met Bonaire, Sint Eustatius en Saba een plan in ontwikkeling voor het faciliteren van duurzame versterking van de muggenbestrijding op lange termijn.

129. De leden van de SP-fractie vragen wat de meest recente en relevante resultaten zijn van de lopende wetenschappelijke onderzoeken naar het zikavirus.

Er vindt momenteel over de hele wereld veel onderzoek plaats, waarvan de resultaten door inspanningen van de WHO die zika een Public Health Event of International Concern heeft verklaard, ook snel beschikbaar komen voor beleidsmakers. Relevante resultaten hiervan worden in de richtlijnen van het RIVM opgenomen.

- Veel aandacht in onderzoek gaat uit naar het ontstaan en de ontwikkeling van de ziekte, deze is nog niet goed bekend. Ook de neurologische complicaties die bij pasgeborenen resulteren in aangeboren afwijkin-

gen en bij volwassenen in het Guillain Barré syndroom worden onderzocht. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat zikavirusinfectie van de moeder tijdens het eerste en tweede trimester in verband kan worden gebracht met een verhoogd risico op misvormingen van het centraal zenuwstelsel en microcefalie. Spontane abortus is mogelijk ook geassocieerd. Naar de aard en omvang van deze relaties wordt onderzoek gedaan.

- Daarnaast wordt de seksuele overdracht van het virus onderzocht en hoe lang het virus levensvatbaar is in sperma. De langste interval gerapporteerd tussen de aanvang van de symptomen in een geïnfecteerde mens en de daaropvolgende begin van de ziekte in een vrouwelijke seksuele partner is tussen 34 en 41 dagen. Erfelijk materiaal van het virus is zelfs nog een half jaar na infectie in het sperma aangetoond, maar dergelijke bevindingen zeggen weinig over de mate van besmettelijkheid. Daarom houdt Nederland in de advisering nog steeds 2 maanden als een veilige grens aan.
- Laboratoriumdiagnostiek wordt verder verbeterd en levert betere en snellere testmethodes op.
- Vaccinontwikkeling is een belangrijk onderzoeksveld, er worden er meerdere ontwikkeld en de eerste veelbelovende vaccins worden al in kleinschalige trials getest op mensen. Deze vaccins zijn hoe dan ook pas beschikbaar voor de volgende epidemie.

Er is onderzoek gedaan naar de geschiktheid van Europese tijgermuggen en gelekoortsmuggen van Madeira voor het overdragen van het zikavirus. De geschiktheid van de onderzochte tijgermuggen leek heel beperkt te zijn, zeker ook in relatie tot de gelekoortsmuggen. Dit geeft een extra onderbouwing voor de conclusie dat het risico op grootschalige verspreiding van zika in de Europees-Mediterrane regio als laag moet worden ingeschat. Ook is in ander onderzoek een model beschreven waarmee bekeken is welke omgevingen op de wereld geschikt zijn voor de overdracht van het virus. Uit de kaarten valt af te leiden dat het merendeel van Europa ongeschikt is. De landen aan de Noordelijke kust van de Middellandse Zee (Spanje, Italië, Griekenland) zijn beoordeeld als beperkt geschikt.

130. De leden van de CDA-fractie vragen of er ook in Zuid-Europa aan bestrijding van invasieve exotische vectoren wordt gedaan, of dat dit vanwege een veranderend klimaat niet mogelijk is.

Klimaatverandering speelt geen rol bij de vestiging van exotische muggen in Zuid-Europa. Deze landen hadden al een geschikt klimaat voor de belangrijkste exotische muggen. Zo was begin vorige eeuw de gelekoortsmug op waarschijnlijk beperkte schaal gevestigd in vrij grote delen van Europa. De opkomst van exotische muggen in Zuid-Europese landen hangt vooral samen met de introductie van exotische muggen door middel van transport van goederen tussen gebieden en landen en met het niet tijdig bestrijden indien er een exotische mug werd aangetroffen (niet overal vindt monitoring plaats).

In Zuid-Europese landen wordt momenteel ook bestreden. De focus ligt echter op het beheersen van een gevestigde muggenpopulatie of de bestrijding van een lokale uitbraak van een daarmee samenhangende infectieziekte. De tijgermug heeft zich daar namelijk gedurende de afgelopen decennia op relatief uitgebreide schaal gevestigd waardoor de *window of opportunity* voor het uitroeien verstreken is. In Nederland is dat vooralsnog niet het geval. Bovendien is het uitroeien van een reeds wijdverspreide gevestigde tijgermuggenpopulatie met in de huidige tijd aanvaardbare methodieken onmogelijk. Hierdoor is er een verschil van

aanpak voor het uitroeien van geïntroduceerde individuele muggen en het voorkomen van vestiging tussen Nederland en in Zuid-Europese landen.

Verder wordt de aanpak in andere landen bepaald door de wijze waarop de verantwoordelijkheid is georganiseerd (nationaal, regionaal of lokaal), het hebben van voldoende middelen en het hebben van een juridisch kader voor het opleggen van (preventieve) maatregelen. Idealiter heeft een land een strategie of nationaal plan, richtlijnen hoe te werk te gaan voor surveillance en bestrijding en een juridisch kader. De ECDC stimuleert en ondersteunt haar lidstaten al jaren in het ontwikkelen daarvan. Ook de WHO probeert dit voor de Europese regio te bevorderen via het «Regional framework for surveillance and control of invasive mosquito vectors and re-emerging vector-borne diseases, 2014–2020». Nederland volgt de adviezen van ECDC en de WHO-aanpak en heeft de totstandkoming van deze aanpak gefaciliteerd.

131. De leden van de CDA-fractie vragen welke afspraken er gemaakt zijn over de signalering van muggenoverdraagbare aandoeningen bij mens en dier en de monitoring van het voorkomen van invasieve exotische muggen, en of, en zo ja waar, hierover gerapporteerd wordt.

Een deel van de muggenoverdraagbare aandoeningen circuleren tussen mens en mug. Het merendeel van de muggenoverdraagbare infecties zijn echter zoönotisch van aard, wat inhoudt dat er ook gewervelde dieren bij de cyclus betrokken zijn. Signalen die betrekking hebben op muggen of op muggenoverdraagbare ziekten kunnen daarom afkomstig zijn van verschillende bronnen. De Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) maar ook laboratoria kunnen zich bij het Centrum infectieziektebestrijding van het RIVM (RIVM-Clb) melden indien zij een muggenoverdraagbare ziekte vermoeden of hebben vastgesteld. Omdat informatie en kennis over het vóórkomen van muggen (en de bestrijding hiervan) noodzakelijk is, werkt het RIVM-Clb daarvoor nauw samen met het Centrum Monitoring Vectoren van de NVWA (CMV). Indien de muggensurveillance van het CMV een vondst oplevert van een exotische mug, meldt het CMV dit aan het RIVM-Clb. Ook worden inheemse muggen gemonitord. Deze gegevens worden meegenomen in risicoanalyses van muggenoverdraagbare ziekten die van belang zijn voor volksgezondheid en diergezondheid. Daarnaast is het mogelijk dat buurlanden zich bij het RIVM-Clb melden indien zich bijvoorbeeld problemen voordoen in de grensstreek. Tot slot is het RIVM-Clb het aanspreekpunt voor internationale organisaties als het European Centre for Disease Control (ECDC) en de WHO (zowel WHO headquarters als WHO regional office for Europe).

Voor de signalering van infectieziekten die door muggen worden overgedragen, hanteert het RIVM-Clb grotendeels de reguliere signaleringsstructuur die ook voor andere infectieziekten geldt. Afhankelijk van de aard en de urgentie van het signaal wordt het signaal besproken in een of meerdere van de overlegvormen van de signalerings- en bestrijdingsstructuur, namelijk het signaleringsoverleg (SO) of het signaleringsoverleg-zoönosen (SO-Z), het responsteam (RT) of het Outbreak Management Team (OMT). Het wekelijkse SO en het maandelijkse SO-Z kennen een vaste samenstelling van professionals uit de humane infectieziektebestrijding. Bij het SO-Z zijn, naast het RIVM en de GGD, ook experts van de Gezondheidsdienst voor Dieren, het Centraal Veterinair Instituut, de NVWA, de Faculteit Diergeneeskunde en het Dutch Wildlife Health Centre aanwezig. Op uitnodiging kunnen deskundigen uit andere instituten en organisaties aanschuiven. Het RT en het OMT zijn onderdeel van de bestrijdingsstructuur en komen alleen bijeen als daar aanleiding voor is, bijvoorbeeld als er advies nodig is over interventies in

bijzondere situaties die buiten de reguliere richtlijnen vallen en waarbij een multidisciplinaire aanpak vereist is.

Het is over het algemeen de gewoonte om vondsten van zowel exotische muggen zoals bijvoorbeeld in Veenendaal als (opkomende) infectieziekten (zoals recent het vóórkomen van tekenencefalitis) bekend te maken. Bevestigde vondsten van invasieve exotische muggen worden vermeld op de website van de NVWA. Deze informatie wordt verder gedeeld met andere Europese landen in het VectorNet-project van het ECDC en European Food and Safety Authority, een Europees netwerk voor het delen van gegevens over de geografische spreiding van de geleedpotige vectoren en het overbrengen van ziekteverwekkers via deze vectoren op mens en dier. Deze informatie is te vinden op de website van het ECDC.

Tot slot verschijnen jaarlijks de Staat van Infectieziekten en de Staat van Zoönosen. Beide rapporten geven inzicht in de ontwikkelingen van infectieziekten en zoönosen in Nederland. Deze worden U toegestuurd en openbaar gemaakt via de website van het RIVM.

132. De leden van de CDA-fractie vragen hoe vaak het is voorgekomen dat bedrijven die gebruikte banden importeren zich niet aan de afspraken hebben gehouden.

In 2014 is door de NVWA vastgesteld dat drie besmette bedrijven banden uit risicogebieden niet stickerden en dat één bedrijf banden uit risicogebieden niet droog opsloeg en ook niet stickerde. Eén bedrijf wilde aanvankelijk niet meewerken aan een administratief traceringsonderzoek. Deze bevindingen zijn besproken met de brancheorganisatie. De brancheorganisatie heeft de betrokken leden aangesproken op hun gedrag, hetgeen resultaat had. In 2015 heeft de NVWA de bedrijven opnieuw geïnspecteerd. Daarbij zijn geen afwijkingen vastgesteld. Het bedrijf waar noch gestickerd noch droog werd opgeslagen, is in 2015 failliet gegaan. Op dat terrein bevinden zich geen banden meer.

133 en 134. De leden van de CDA-fractie vragen of het vaak is voorgekomen dat het niet mogelijk was om preventieve maatregelen en bestrijding af te dwingen en welke risico's hiermee zijn gelopen.

Tot nu toe hebben alle bedrijven waar exotische muggen zijn aangetroffen – op basis van vrijwilligheid – hun medewerking verleend bij het monitoren en bestrijden van invasieve exotische muggen. Nu de bedrijven hebben meegewerkt, hebben zich geen extra risico's voorgedaan.

135. De leden van de CDA-fractie vragen welke middelen concreet ingezet kunnen worden voor preventie en bestrijding.

Nederland past hierbij een integrale aanpak (integraal vector management) toe, zoals aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Dit bestaat uit:

- a. wetgeving, convenant en richtlijnen gericht op beheersing van risico zoals op dit moment bij de import van Lucky bamboo en gebruikte banden. Hierbij kan worden gedacht aan maatregelen over de opslag en distributie zodat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat eitjes van exotische muggen kunnen uitkomen,
- b. entomologische monitoring op hoogrisico locaties. Surveillance vindt plaats op plekken waarvan bekend is dat er een aanneemelijk risico is op de introductie van exotische muggen,
- c. verwijderen en verminderen van broedplaatsen. Door het verwijderen van regentonnen, emmers, kruiwagens, potten en alle andere zaken

- waar water in kan blijven staan, hebben muggen minder geschikte plaatsen om eitjes te leggen,
- d. bestrijden van larven. Het gebruik van fysische middelen zoals paraffineolie of het gebruik van biociden zorgt ervoor dat larven worden gedood, en
 - e. bestrijden van volwassen muggen. Het gebruik van biociden zorgt ervoor dat volwassen muggen worden gedood.

5. Caribisch Nederland

136 en 137. De leden van de SP-fractie ontvangen graag de cijfers met betrekking tot de vaccinatiegraden specifiek voor Caribisch Nederland en vragen of deze cijfers erg afwijkend zijn ten opzichte van «Europees Nederland».

Voor de vaccinatiegraad in Caribisch Nederland wordt verwezen naar Tabel 12 van het vaccinatiegraadrapport (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0064.pdf>). De vaccinatiegraad in Caribisch Nederland is per eiland verschillend maar relatief hoog (zie rapport Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, verslagjaar 2015). Op 2-jarige leeftijd is tussen de 92,9 en 100% van deze kinderen gevaccineerd.

138. De leden van de SP-fractie vragen welke maatregelen er specifiek in Caribisch Nederland worden genomen om een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te realiseren.

Ook in Caribisch Nederland is sprake van een vertrouwde uitvoering, registratie en voorlichting. Daarbij geldt dat in Caribisch Nederland sprake is van kleinschaligheid. De bevolkingsaantallen en het aantal jeugdigen is relatief klein waardoor «nagenoeg iedereen bekend is». Vaak zijn de contacten met ouders directer en van meer persoonlijke aard.

139. De leden van de SP-fractie vragen wat de voortgang is van de inhaalcampagne voor Bonaire inzake de HPV-vaccinatie en hoe deze campagne er precies uitziet.

De Gezondheidsraad heeft geadviseerd het vaccinatieprogramma in Caribisch Nederland uit te breiden zodat een gelijk aanbod aan vaccinaties in geheel Nederland bestaat. Dit heeft er toe geleid dat in Bonaire met ingang van het schooljaar 2015 de HPV-vaccinatie voor meisjes op de leeftijd van 9 jaar is toegevoegd met een gefaseerde inhaalcampagne voor meisjes tot de leeftijd van 15 jaar. Er zijn nog geen cijfers beschikbaar van de bereikte vaccinatiegraad voor HPV op Bonaire.

140. De leden van de CDA-fractie vragen wat de reden is dat op Bonaire ook gevaccineerd wordt tegen hepatitis B, en op de andere eilanden niet.

Dit is een misverstand. In geheel Caribisch Nederland wordt gevaccineerd tegen Hepatitis B.

141. De leden van de CDA-fractie vragen of bevolkingsonderzoeken zoals de neonatale hielprikscreening en de prenatale screening infectieziekten en erythrocytenimmunisatie nu in Caribisch Nederland worden aangeboden.

In 2015 is de hielprikscreening gefaseerd ingevoerd in Caribisch Nederland. Vanaf 1 januari 2015 wordt de hielprikscreening uitgevoerd op Bonaire en sinds oktober 2015 ook op Saba en Sint Eustatius. De PSIE screening wordt niet als bevolkingsonderzoek uitgevoerd maar werd al in Caribisch Nederland uitgevoerd als onderdeel van de zorg.

142. De leden van de CDA-fractie vragen wat de vaccinatiegraad is in Caribisch Nederland voor de verschillende vaccinaties in het RVP en de bevolkingsonderzoeken.

Voor de vaccinatiegraad in Caribisch Nederland wordt verwezen naar Tabel 12 van het vaccinatiegraadrapport (<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0064.pdf>). Voor de nationale hielprikscreening is nog geen officiële publicatie waarnaar kan worden verwezen; op termijn zullen de deelnamepercentages voor deze screening evenwel worden opgenomen in de jaarlijkse Monitor voor de NHS.

143. De leden van de CDA-fractie vragen of het RIVM nog enige rol speelt in de bestrijding van muggensoorten in Caribisch Nederland.

Bonaire, Sint Eustatius en Saba zijn, net als de gemeenten in Europees Nederland, op grond van de Wpg zelf verantwoordelijk voor de lokale muggenbestrijding. Voor Europees Nederland wordt een centrale bestrijdingssystematiek voorgesteld om te voorkomen dat exotische muggen zich daar kunnen vestigen. In Caribisch Nederland is deze doelstelling echter anders omdat de betreffende exotische muggen zich al overal hebben gevestigd. De muggenbestrijding daar ter plaatse en de advisering van het RIVM kent zo een ander karakter en richt zich daardoor op het zo goed mogelijk beheersen van een gevestigde muggenpopulatie of de bestrijding van een lokale uitbraak van een daarmee samenhangende infectieziekte.

Naar aanleiding van de uitbraak van het zikavirus en gezien de voortdurende opkomst van door muggen overgebrachte ziekten is gevraagd aan de openbare lichamen om te benoemen wat zij aan extra ondersteuning nodig hebben om hun muggenbestrijding toekomstbestendig te maken. Met hen is afgesproken dat zij samen met het RIVM tot een plan komen. Dat plan omvat generieke onderdelen voor de drie eilanden en, omdat de situatie per eiland verschillend is, ook maatwerk per eiland. Naast maatregelen op de korte termijn voorziet dit ook in een duurzame versterking van de muggenbestrijding ter plaatse.

144. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering een stand van zaken kan geven van de uitbraak van het zikavirus in Caribisch Nederland.

Hoeveel mensen besmet zijn geraakt is onbekend, en zal ook onbekend blijven omdat de meeste mensen geen of slechts lichte verschijnselen hebben en niet naar de huisarts zullen gaan. Van de mensen die wel naar de huisarts gaan, wordt niet bij iedereen laboratoriumonderzoek aangevraagd, hetgeen wel nodig is voor een bevestiging van de diagnose. Zie voor een overzicht van de wel bekende cijfers het antwoord bij vraag 126.

145. De leden van de CDA-fractie vragen of een stijging van het aantal gevallen van baby's met microcefalie waarneembaar is.

Er wordt gesurveilleerd op pasgeborenen met microcefalie waarbij de moeder recent een zika-infectie heeft doorgemaakt. Er is in Europees Nederland voor zover bij het RIVM bekend nog geen baby met microcefalie bij een zika-infectie gemeld. De kans dat dit zal gebeuren, wordt ook als laag ingeschat. Een relevante stijging van het aantal geboorten van microcefalie wordt in Nederland naar aanleiding van deze epidemie ook niet verwacht. Voor Caribisch Nederland geldt min of meer hetzelfde, ook al is daar een epidemie van zikavirusinfecties gaande. Het absolute aantal vrouwen dat zwanger is, is in Caribisch Nederland namelijk niet groot gezien de beperkte bevolkingsomvang. En hoewel de kans om een kind

met microcefalie te krijgen ten gevolge van zikavirusinfectie tijdens de zwangerschap nog niet wetenschappelijk berekend is, is inmiddels op basis van de aantallen in Brazilië en Colombia duidelijk dat die kans niet zo groot is als aanvankelijk gedacht werd. Het RIVM geeft aan dat al met al de verwachting is dat het aantal baby's met microcefalie erg klein zal zijn. Uiteraard is de pre- en perinatale zorg in Caribisch Nederland goed geïnformeerd en mag verwacht worden dat een baby met microcefalie op zikavirusinfectie onderzocht en gerapporteerd zal worden.

146. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het staat met de bestrijding van de ziekte.

In de laatste WHO rapport staat dat de wereldwijde risk assessment onveranderd is. Het zikavirus verspreidt zich nog steeds verder naar nieuwe landen. Een verlaging van het aantal zikapatiënten is in enkele (gebieden van) landen gezien maar de waakzaamheid blijft geboden. Gebaseerd op alle bewijzen is er nog geen afname van de uitbraak. Tenzij het personenverkeer geheel wordt stil gelegd, is verdere verspreiding in gebieden waar de belangrijkste vector (de gelekoortsmug) voorkomt niet tegen te houden. Het langdurig stil leggen van internationaal personenverkeer is geen realistische optie. In gebieden met seizoensgebonden of marginale aanwezigheid van vectoren (zoals bijvoorbeeld in Europa) is verspreiding na introductie door middel van goede surveillance en gerichte en intensieve bestrijding te voorkomen. Met dengue en chikungunya is daarmee in het recente verleden ervaring opgedaan. In het verspreidingsgebied van de tijgermug in Europa wordt een dergelijke aanpak toegepast.

6. Uitvoeringskosten en gevolgen voor de regeldruk

147 t/m 151 en 153 t/m 155. De leden van de VVD-fractie, de SP-fractie en de CDA-fractie stellen een aantal vragen over de financiering van de overheveling van de uitvoering van het RVP naar gemeenten.

Bij het aanbieden van het wetsvoorstel is als bijlage bij het Advies afdeling advisering Raad van State en nader (Kamerstukken II 2015/16, 34 472, nr. 4) tevens het «Financieel onderzoek Rijksvaccinatieprogramma, HHM, Enschede april 2016» opgeleverd. Op basis van het rapport zijn in overleg met de VNG afspraken gemaakt over het over te hevelen macrobudget, de soort uitkering en de verdeelmaatstaf. Uitgangspunt hierbij was dat gemeenten de beschikbare budgetten gebruiken zodat JGZ-organisaties de RVP-taken kwalitatief verantwoord kunnen uitvoeren. Er is afgesproken om een budget over te hevelen van 28 miljoen euro naar het gemeentefonds via een algemene uitkering en voor de verdeling de bestaande verdeelmaatstaf «jongeren» te hanteren. Wanneer er aanleiding toe is geeft een algemene uitkering de mogelijkheid om het budget bij te stellen. Bijvoorbeeld vanwege een beleidswijziging door VWS in het RVP, wat volgens het kostenonderzoek HHM 2016 van directe invloed is op het budget. Jaarlijks worden hiertoe de ontwikkelingen binnen het RVP in overleg tussen VWS en de VNG besproken. Uitgangspunt is dat gezamenlijk gestreefd blijft worden naar een zo efficiënt mogelijke uitvoering.

152. De leden van de SP vragen om een extra toelichting op de administratieve lasten.

In paragraaf 6 van de memorie van toelichting wordt aangegeven dat het wetsvoorstel geen gevolgen heeft voor de administratieve lasten. Voor gemeenten geldt dat het Rijk voor 2016 en 2017 300.000 euro beschikbaar heeft gesteld voor invoeringskosten. Dit bedrag wordt in overleg met de VNG, ActiZ, GGDGHOR NL en het RIVM aangewend voor het opstellen

van een handreiking en het vormgeven van een implementatietraject. Door de invoering op deze manier te faciliteren worden de inspanningen van individuele gemeenten met betrekking tot de invoering geminimaliseerd. Omdat de gemeentelijke beleidsvrijheid voor de RVP-taak beperkt is, zal het in praktijk neerkomen op het opnemen van een aanvullende passage voor de RVP-taak in contracten die gemeenten toch al moeten afsluiten met JGZ-organisaties. Hierbij worden gemeenten maximaal gefaciliteerd door de eerder genoemde handreiking, voorzien van modelovereenkomsten. Voor JGZ-organisaties geldt dat het RIVM niet langer hun contractpartner is voor de uitvoering van het RVP, maar gemeenten zoals ook voor de uitvoering van de JGZ.

156. De leden van de CDA-fractie vragen op welke manier in de financiering richting gemeenten rekening zal worden gehouden met het vaccineren van kinderen die in de ene gemeente ingeschreven staan, maar langdurig in een andere gemeente verblijven.

In paragraaf 2.1.2. van de memorie van toelichting is opgenomen dat het wenselijk is dat de vaccinaties uit het RVP niet alleen worden aangeboden aan ingezetenen in de leeftijd van nul tot achttien zoals opgenomen in de basisregistratie personen (BRP), maar ook aan kinderen die langdurig in de gemeente verblijven maar niet zijn ingeschreven in de BRP van die gemeente, zoals kinderen in ziekenhuizen en residentiële instellingen, en de zogenaamde geprivilegieerden³.

Eén van de onderzoeksvragen in het genoemde financiële onderzoek was of het mogelijk is het aantal kinderen te kwantificeren dat langdurig in de gemeente verblijft, maar niet is ingeschreven in de basisregistratie personen. HHM concludeert op p.27: «Het onderzoek laat zien dat het aantal te vaccineren kinderen dat «niet gemeentelijk is ingeschreven» zeer beperkt is, maar niet exact is te bepalen. De beschikbare databestanden laten deze analyse niet toe.» Gegeven deze conclusie is in de financiële afspraken met deze beperkte groepen van geringe omvang nu geen rekening gehouden. Gemeenten kunnen hier onderling afspraken over maken.

157. De leden van de CDA-fractie vragen ook of met dit wetsvoorstel het aantal taken van het RIVM afneemt, gelijk blijft of toeneemt en of de capaciteit van het RIVM hierop wordt aangepast.

Het is nog onduidelijk in hoeverre dit wetsvoorstel invloed heeft op de capaciteit bij het RIVM.

Eenzijds vervalt het contractbeheer met de JGZ-organisaties als taak voor het RIVM, maar dit ging om een zeer beperkte inzet omdat de overeenkomsten bestonden uit een standaardtekst (in 2012 opgesteld in overleg tussen RIVM, ActiZ en GGD Nederland) met een onbepaalde looptijd. Anderzijds blijft het RIVM ook in de nieuwe situatie verantwoordelijk voor de inhoud, regie en coördinatie van het RVP.

Met de invoering van het wetsvoorstel krijgt het RIVM te maken met een nieuwe partij, de gemeente, als verantwoordelijke partij voor de toediening van de vaccinaties. Het is niet ondenkbaar dat dit gaat leiden tot een grotere inzet van het RIVM in het onderhouden van contacten en voeren van overleg, zowel regionaal (met individuele gemeenten) als op landelijk niveau (met VNG).

³ Personen met een diplomatieke of consulaire functie of werkzaam bij een internationale organisatie, en hun gezinsleden, opgenomen in de Protocolaire basisadministratie.

7. Consultatie

158. De leden van de SP-fractie vragen of per geconsulteerde organisatie kan worden aangegeven wat zij vinden van het nu voorliggende voorstel en de wijze waarop hun input in deze versie is verwerkt.

Voor de nadere uitwerking van het wetsvoorstel en de voorbereiding van de implementatie van het wetsvoorstel vindt intensief/regelmatig overleg plaats met de VNG, ActiZ (brancheorganisatie voor zorgorganisaties), GGD GHOR Nederland en het RIVM. Alle partijen kunnen zich vinden in het wetsvoorstel zoals het er nu ligt.

159. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het implementatieproces zal plaatsvinden waar de VNG naar heeft gevraagd.

Voor een goede overgang van een deel van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het RVP van het Rijk naar gemeenten is het van belang dat gemeenten en uitvoeringsorganisaties JGZ zich hier op kunnen voorbereiden. Om gemeenten te ondersteunen is een handreiking ontwikkeld. Hierin staan taken en verantwoordelijkheden van partijen beschreven en is een modelovereenkomst voor het contract tussen gemeente en uitvoeringsorganisatie opgenomen. Tijdens voorlichtingsbijeenkomsten zullen gemeenten en JGZ-organisaties nader worden geïnformeerd en voor vragen wordt bij de VNG een helpdesk ingericht. Het is de bedoeling dat het jaar 2017 voor deze activiteiten wordt benut.

II ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdeel C, artikel 6a

160 en 161. De leden van de SP-fractie vragen om kwalitatief en kwantitatief te onderbouwen dat de NVWA voldoende capaciteit en middelen heeft om de vestiging van exotische vectoren te voorkomen.

Bij het Centrum voor de Monitoring van Vectoren van de NVWA werken 3 universitair geschoolde entomologen. Zij begeleiden de inspecteurs die bedrijfsbezoeken afleggen. De inspecteurs die op de bedrijven komen, zijn opgeleid in het nemen van monsters. De NVWA heeft verder reeds bestaande budgetten van de Ministeries van VWS en Economische Zaken voor monitoring van (exotische) vectoren. Daarnaast werd jaarlijks afgerekend op basis van het aantal daadwerkelijk uitgevoerde bestrijdingen van exotische muggen. Met ingang van 1 januari 2016 is dit incidentele budget een extra structureel budget van 600.000 euro van de Minister VWS geworden, specifiek geormerkt voor de monitoring en de bestrijding van invasieve exotische muggen. Omdat uitbraken niet goed voorspelbaar zijn, is tevens afgesproken dat de Minister de kosten die boven dat budget uitstijgen zal vergoeden. Voor bestrijding en monitoring zijn ca. 9 fte opgenomen in het NVWA jaarplan 2016. Overigens wordt hier een direct verband gelegd tussen de kennis en het voorkomen van vestiging. Er is voldoende kennis, maar dat garandeert nog niet dat vestiging voorkomen kan worden. Het huidige beleid richt zich op vertraging van eventuele vestiging door actieve monitoring en bestrijding van de muggen. Vanwege internationale handel en verkeer en klimatologische veranderingen zal op langere termijn import en vestiging van een aantal exotische muggensoorten in Nederland naar verwachting niet te voorkomen zijn.

Artikel I, onderdeel c, artikel 6b

162. De leden van de SP-fractie vragen naar de in de algemene maatregel van bestuur op te nemen regels over kwalitatieve en programmatische uitvoering van het vaccinatieprogramma.

In de algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld ten aanzien van het tijdig en volgens schema uitvoeren van het RVP, de voorlichting op lokaal niveau, het hanteren van een informed consent-procedure, de medische verrichting van het vaccineren, het beheer van de vaccins, uitvoering volgens professionele richtlijnen en door voldoende en deskundig personeel, de samenwerking tussen gemeenten en het RIVM en het overleg over de vaccinatiegraad in een gemeente.

Artikel I, onderdeel D, artikel 12a

163 t/m 165. De leden van de SP-fractie vragen naar wat wordt verstaan onder «urgente situaties», wanneer toestemming in eerste instantie niet nodig is en waarom voor de leeftijdsgrens van zes maanden is gekozen.

Sommige aandoeningen waarop gescreend wordt met de hielprik-screening zijn zo ernstig dat het kind direct verwezen moet worden naar een kinderarts. Dan is er nog geen contact geweest met de ouders, maar dient de arts de uitslagen te raadplegen om het beleid te bepalen en het gesprek met de ouders voor te bereiden. Op dat moment kan toestemming niet worden gevraagd. Voor de leeftijdsgrens van zes maanden is gekozen omdat voor alle aandoeningen (urgent en minder urgent) er dan contact is geweest tussen ouders en kinderarts. In het begin is er alleen de zorg voor de spoedige behandeling van het kind. Op een later tijdstip kan op een rustig moment NEORAH aan de orde worden gesteld. Bovendien wordt de hielprikscreening aangeboden tot de leeftijd van zes maanden.

Artikel I, onderdeel F, artikel 47

166. De leden van de SP-fractie vragen naar een extra toelichting over de voorgestelde bevoegdheid tot het opleggen van een last onder bestuursdwang door de burgemeesters en voorzitters van de veiligheidsregio's.

Het betreft hier het stellen van voorschriften van technische aard indien er een besmetting is geconstateerd. Bij een besmetting is er bijvoorbeeld een vector in een gebouw waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan. Het voorschrift beoogt dat de verantwoordelijke voor het gebouw bepaalde maatregelen neemt om dat gevaar af te wenden. Indien hij dat nu niet doet, kan geen last onder bestuursdwang worden opgelegd. Wel is het nalaten nu strafbaar en kan de burgemeester (en voorzitter van de veiligheidsrisico) zelf het gebouw doen ontsmetten (de vectoren vernietigen) op grond van het bestaande tweede lid, onderdeel b, van artikel 47 van de Wpg. Om, uit het oogpunt van proportionaliteit en subsidiariteit, niet per se in een dergelijke situatie te hoeven overgaan tot het zelf vernietigen van de vectoren, wordt voorgesteld om de burgemeester (en voorzitter van de veiligheidsregio) te voorzien van het middel van een last onder bestuursdwang (waaronder ook een last onder dwangsom) ter effectuering van de op grond van het tweede lid, onderdeel a, van artikel 47 in te zetten maatregelen.

Artikel I, onderdeel C, artikel 47a

167. De leden van de SP-fractie vragen naar een extra toelichting op de voorgestelde bevoegdheid voor de Minister tot het opleggen van een last onder bestuursdwang.

De Minister kan besluiten bedrijven waar exotische muggen zijn gevonden of waar een aannemelijk risico op het aantreffen van exotische muggen aanwezig is technische maatregelen op leggen. Die maatregelen – bijvoorbeeld de verplichting om banden uit risicogebieden droog op te

slaan – kunnen bestuursrechtelijk worden afgedwongen, bijvoorbeeld onder bedreiging om een last te verbeuren zolang de overtreding voortduurt.

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