Vragen CDA-fractie

1.
In de Verenigde Staten zijn forse leveringsproblemen ontstaan bij de benodigde vaccins. Is of wordt overwogen om het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) daarbij in te schakelen. Zo neen, waarom niet?

1.
De Verenigde Staten (VS) kampen inderdaad al jaren met tekorten aan vaccins die nodig zijn voor het standaard vaccinatieprogramma. Zoals bekend is de VS volledig afhankelijk van de farmaceutische industrie. Uit recente artikelen door onder meer het CDC blijkt dat de beschikbaarheidproblemen waar de VS sinds 2000 mee kampen betrekking hebben op vaccins die beschermen tegen 9 van de 14 ziektes waartegen binnen het Amerikaanse kindervaccinatieprogramma gevaccineerd wordt. Het gaat daarbij om vaccins tegen pneumokokkeninfectie, waterpokken en griep en om de combinatievaccins difterie/tetanus/kinkhoest, difterie/tetanus en bof/mazelen/rodehond. Daarnaast waren er ook problemen met de productie van Hepatitis B en Hib-vaccins. Als gevolg hiervan ontvingen kinderen vaccins later of in het geheel niet. Belangrijkste oorzaken van de beschikbaarheidproblematiek bleken productie- en leveringsproblemen, een vraag die hoger is dan verwacht en een gebrek aan middelen. Men heeft maatregelen geïdentificeerd om deze situatie het hoofd te bieden, maar concludeert dat maatregelen pas over jaren vruchten af kunnen werpen. Men gaat er in de VS dan ook vanuit dat de kwetsbare vaccinvoorziening de komende jaren niet zal verdwijnen.
Een van de voorgestelde maatregelen is het aantrekken van meer vaccinproducenten. Tijdens mijn bezoek aan de VS in 2005 is met het Department of Health and Human Services gesproken over de mogelijkheid om vanuit het Nederlands Vaccin Instituut die vaccins te leveren waarvoor de VS afhankelijk is van slechts één leverancier, te weten polio- en tetanusvaccin en het difterie/tetanus combinatievaccin. Op dit moment beoordeel ik wat er mogelijk is binnen de restcapaciteit van het NVI. Het is geen optie voor de korte termijn. Het NVI werkt op dit moment conform Europese kwaliteitseisen (regelgeving van de EMEA). Om aan de VS te kunnen leveren dient het NVI volgens Amerikaanse kwaliteitseisen te werken (FDA). Dit betreft niet zozeer hogere kwaliteitseisen, maar meer een andere manier van werken en documenteren. Er is tijd nodig om dit in te voeren.

2.
Tot en met 2007 zijn er middelen gereserveerd voor de landelijke uitrol van het project schoolgruiten. Gemeenten, scholen en/of promotie- en productschappen dragen zorg voor de financiering van de structurele organisatie van het “gruit”. Zijn met deze instanties al afspraken gemaakt en welke kosten zijn hier (ingeschat) mee gemoeid?

2.
De middelen van VWS worden nadrukkelijk niet besteed aan het verstrekken van groente en fruit (gruit) , maar zijn voornamelijk bestemd voor lokale acquisitie en begeleiding van scholen. Bij gemeente of GGD kan een functionaris worden aangesteld voor het starten met het schoolgruitproject op hun scholen. Per gebied (gemeente of GGD) is afhankelijk van de grootte een bedrag van 20.000 à 25.000 € begroot. Het Steunpunt Schoolgruiten heeft een coördinerende rol in het contact met gemeenten en GGD-functionarissen.
Ouders, school, of gemeente dienen zelf te zorgen voor financiering van groente en fruit. Hiervoor is gekozen om de kans op continuïteit van het project te vergroten. Het Steunpunt Schoolgruiten, dat onder andere door VWS wordt gefinancierd, heeft in een handboek omschreven wat de mogelijkheden zijn voor de verstrekking van groente en fruit en hier met een aantal leveranciers afspraken over gemaakt. Als de school kiest voor het model waarbij door een leverancier fruit op school wordt afgeleverd (twee keer per week voor elke leerling een stuk fruit), dan kost dit ongeveer 16 € per kind per jaar. Een andere optie is dat de ouders zelf op bepaalde dagen in de week fruit

mee geven aan hun kind. In alle gevallen zijn middelen (brochures, posters) beschikbaar om dit op de school onder de aandacht te brengen.

3.
Veel "Total Body Scans" onderzoeken omvatten een of meer gebieden waarvoor men een Wbo-vergunning dient te hebben. Is bekend (bij de Inspectie) hoeveel instellingen deze vergunning niet hebben en is daar inmiddels tegen opgetreden?

3.
Er is geen enkele WBO-vergunning afgegeven aan aanbieders van dergelijke 'total body scans'. Elke instelling die vergunningplichtig onderzoek aanbiedt in strijd met de wet, kan een bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verwachten. De IGZ heeft het toezicht op de naleving van de WBO verscherpt: er worden bedrijven bezocht en er wordt continu gewerkt aan de inventarisatie van bedrijven die op enigerlei wijze adverteren met een totaal lichaamsonderzoek.

Vragen PvdA-fractie

4.
Op welke wijze wordt screening op baarmoederhalskanker betrokken bij de herziening van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP)?

4.
De screening op baarmoederhalskanker en de herziening van het RVP staan op dit moment los van elkaar. Wel is het zo dat er naar verwachting binnenkort in Nederland preventieve vaccins op de markt zullen worden gebracht tegen het humaan papillomavirus. Vaccinatie tegen dit virus zou een deel van de gevallen van baarmoederhalskanker kunnen voorkomen. Er zijn echter nog veel vragen te beantwoorden voordat besluitvorming over de toepassing van dit vaccin mogelijk zal zijn. Een van de vragen is het effect op de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Deze vragen moeten geïdentificeerd worden en vervolgens in samenhang beantwoord, voordat er sprake kan zijn van besluitvorming over uitbreiding van het RVP op dit punt.

5.
Kan precies worden aangegeven waarom een inhaalslag pneumokokken een extra belasting betekent voor de uitvoering? Wat vindt de minister van het feit dat ouders die hun kinderen willen vaccineren tegen pneumokokken ongeveer 200 euro moeten betalen?

5.
Kinderen moeten, afhankelijk van hun leeftijd, 3 danwel 4 prikken ontvangen om voldoende beschermd te zijn. Op het moment dat gestart zou kunnen worden, zullen de meeste kinderen 6 maanden of ouder zijn en moeten per kind in totaal 3 doses worden toegediend. De eerste twee doses met ten minste 1 maand interval en een boostervaccinatie minimaal twee maanden na de laatste vaccinatie. Omdat het kinderen van 6 maanden en ouder zal betreffen, kan in sommige gevallen een vaccinatie gegeven worden tijdens een regulier contactmoment, maar in veel gevallen niet. Dit betekent dat de uitvoeringsorganisaties voor een grote groep kinderen extra contactmomenten zouden moeten organiseren en kinderen extra moeten oproepen, naast de reguliere activiteiten. Dit kost relatief veel extra tijd en menskracht.
De kosten van een vaccinatie via de huisarts worden bepaald door de kosten van het vaccin en de kosten van het consult. Aan de hoogte van deze kosten kan ik niets doen. Dat ouders dit zelf moeten betalen, is een gevolg van het feit dat er bij introductie van een nieuwe gezondheidsbevorderende interventie, zoals vaccinatie, altijd een grens getrokken wordt waarbij er mensen zijn die hiervoor wel of niet in aanmerking komen. Bij de invoering van de vaccinatie tegen meningokokken C is dit ook het geval geweest. Mensen die hun kind wilden laten vaccineren voordat de campagne plaatsvond moesten dit ook zelf betalen.

6.
Wat zijn de risico's die gepaard gaan met het niet uitvoeren van een inhaalslag pneumokokkenvaccinaties? Waarom is indertijd wel gekozen voor een vaccinatie-inhaalslag bij meningitis en niet bij pneumokokken?

6.
Het is niet duidelijk hoe groot de risico's van het niet uitvoeren van een inhaalslag voor pneumokokkenvaccinaties precies zijn. Wel worden de risico's die kinderen lopen kleiner dan vóór invoering van de pneumokokkenvaccinatie in het RVP het geval was. De Gezondheidsraad wijst in haar advies op het gunstige effect van de zogenaamde groepsimmuniteit. Kinderen blijken na pneumokokkenvaccinatie minder vaak drager van de bacterie te zijn. Dit leidt tot aanzienlijk minder besmettingen buiten de gevaccineerde groepen, dus ook in de groep kinderen die niet in aanmerking komt voor vaccinatie. Door deze zogenaamde groepsimmuniteit worden dus ook de kinderen die niet gevaccineerd zijn, beter beschermd tegen de ziekte dan vóór invoering van pneumokokkenvaccinatie in het RVP het geval was.
In tegenstelling tot bij pneumokokken, lag de piek van de ziektelast van meningokokken C voor de start van het vaccinatieprogramma vooral bij kinderen tussen de 1-4 jaar en 15-19 jaar. Bij de invoering van de meningokokken C-vaccinatie waren er dus goede epidemiologische gronden voor een inhaalprogramma. De Gezondheidsraad adviseerde in 2002 dan ook om voor meningokokken een inhaalprogramma te houden voor alle kinderen tot en met 18 jaar. Een inhaalprogramma voor pneumokokken achtte de Gezondheidsraad niet aangewezen. Ik heb de beide adviezen van de Gezondheidsraad overgenomen. Daarnaast is er bij meningokokken C maar één vaccinatie nodig om bescherming te bieden. Dit maakt de uitvoering veel eenvoudiger.

7.
Waar baseert de minister zijn uitspraak op dat meer contactmomenten van alle kinderen met de jeugdgezondheidszorg minder effectief zullen zijn, terwijl de uitkomsten van de evaluatie van de jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar nog niet bekend zijn?

7.
De evaluatie van de jeugdgezondheidszorg richt zich op het huidige basistakenpakket. De evaluatie moet een antwoord gaan geven op de vraag wat de meerwaarde van het basistakenpakket is ten opzichte van de situatie voor de invoering hiervan (1 januari 2003). In vervolg op het rapport van de Inventgroep wordt nagegaan op welke wijze kinderen die risico's lopen beter kunnen worden opgespoord en geholpen. Er zijn geen aanwijzingen dat het jaarlijks oproepen van alle kinderen de beste aanpak hiervoor is.

8.
Klopt het dat de collectief uitgevoerde opsporing (logopedisch onderzoek in groep 2) is opgeheven? Zo ja, welke argumenten liggen hieraan ten grondslag?

8.
Taalspraakscreening is een onderdeel van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg dat gemeenten aan alle kinderen moeten aanbieden. De uitvoering van de taalspraakscreening gebeurt door de jeugdgezondheidszorg en vindt plaats in groep 2. Dit is vastgelegd het Besluit JGZ en de Richtlijn contactmomenten. Niet vastgelegd is dat een logopedist de screening uit moet voeren. Belangrijk is wel dat screeningsinstrumenten worden gebruikt waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Tevens moet wederzijdse afstemming plaatsvinden tussen de professionals in jeugdgezondheidszorg, curatieve gezondheidszorg en onderwijs.

In de praktijk vindt taalspraakscreening op uiteenlopende manieren plaats en is de effectiviteit hiervan onvoldoende wetenschappelijk aangetoond. In opdracht van VWS gaat TNO Kwaliteit van

Leven de bestaande instrumenten voor taalspraakscreening door de JGZ van kinderen van 0 tot 6 jaar inventariseren, alsmede de (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid hiervan. Deze inventarisatie wordt naar verwachting in het najaar van 2006 opgeleverd. Op basis van deze inventarisatie zal worden bezien of verdere validering van de bestaande screeningsinstrumenten nodig is. Het doel is om uiteindelijk te komen tot een landelijk uniform traject van taalspraakscreening door de JGZ voor kinderen van 0-6 jaar, op basis van effectieve screeningsinstrumenten.

Het is mij bekend dat gemeenten vooruitlopend op dit traject de overeenkomsten die vaak bestaan met logopedisten voor het uitvoeren van de taalspraakscreeningen hebben opgezegd. Gemeenten zijn echter nog steeds verplicht om taalspraakscreening aan te bieden.

9.
Op welke manier worden de beschikbare middelen voor de jeugdgezondheidszorg optimaal benut voor het kind? Hoe vindt samenwerking plaats tussen alle partijen die bij de jeugdgezondheid zijn betrokken zoals jeugdzorg, scholen, de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's), de Raden voor de Kinderbescherming, artsen, psychologen, etc.? Wie neemt hier het voortouw?

9.
Het aanbod van jeugdgezondheidszorg is zoveel mogelijk gebaseerd op datgene dat wetenschappelijk aangetoond effectief is. De uitvoering van jeugdgezondheidszorg vindt plaats conform richtlijnen en protocollen en is daardoor in grote mate gestandaardiseerd. Het Centrum Jeugdgezondheid (RIVM) dat per 2006 is ingesteld gaat dit bewaken. Ik ga er van uit dat de middelen optimaal benut worden door de gemeente binnen hun eigen lokale verantwoordelijkheid. Daarnaast zijn er veel initiatieven om de samenwerking binnen de jeugdsector te verbeteren onder meer in vervolg op het advies van de Commissaris Jeugd- en jongerenbeleid. In de kabinetsreactie op het sturingsadvies gaat de staatssecretaris hier verder op in.

10.
Wanneer kan de Kamer de evaluatie van de Wet collectieve preventie volksgezondheid verwachten?

10.
Op dit moment is niet voorzien in een evaluatie van de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

11.
Is de minister bereid de conclusies en aanbevelingen van ABCD-studies over de gezondheid van zwangere vrouwen te verwerken in de Preventienota?

11.
Nee, in de preventienota *Kiezen voor gezond leven* zal het kabinet aangeven wat op basis van de Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2006 de speerpunten zijn in het preventiebeleid de komende vier jaren. De conclusies en aanbevelingen van ABCD-studies over gezondheid van zwangere vrouwen vormen daarvan geen onderdeel.
In mijn brief van 7 februari jl., kenmerk PG-OGZ-2657308, over de toezeggingen naar aanleiding van het AO Perinatale sterfte, heb ik aangegeven dat ik u in de zomer zal informeren over een tweetal opdrachten aan het RIVM over perinatale sterfte. De uitkomsten van de ABCD-studies zullen hierin worden meegenomen.

12.
Kan de minister precies aangeven op welke manier specifieke aandacht wordt gegeven aan allochtone vrouwen over het gebruik van foliumzuur en vitamine-D? Op welke wijze wordt voorlichting hierover gegeven? Wat is het bereik van voorlichting onder de doelgroep? Wat is het effect van deze voorlichting tot nu toe?

13.
Kan de minister uitleggen hoe het kan dat ondanks vier projectvoorstellen ten aanzien van het gebruik van foliumzuur nog steeds sprake is van een laag gebruik bij allochtone vrouwen? Wat zal er gebeuren wanneer de projecten in 2007 aflopen? Welke structurele maatregelen gaat de minister nemen om het gebruik van foliumzuur te stimuleren met name onder allochtone vrouwen?

12 + 13.
Momenteel lopen 4 door VWS gesubsidieerde projecten om het (pre)conceptionele gebruik van foliumzuur te stimuleren. Van deze projecten zijn 3 ervan specifiek gericht op achterstandsgroeperingen (lage SES, allochtonen, mensen die slecht Nederlands spreken, bewoners van achterstandswijken). In deze projecten wordt voorlichting gegeven via bijvoorbeeld het consultatiebureau omdat daar de meeste zwangere vrouwen contact hebben met professionals uit de zorg. Bij de voorlichting worden ook voorlichters eigen taal en cultuur ingezet om het bereiken van niet goed Nederlands sprekende vrouwen te verbeteren.
Bovengenoemde projecten zijn eind 2005 of begin 2006 gestart. Effecten hiervan zijn nog niet gemeten. Ik ben voornemens binnenkort een effectmeting op het gebruik van foliumzuur te laten uitvoeren om het resultaat van deze projecten te evalueren. Deze effectmeting zal zich specifiek richten op allochtone vrouwen.
Met betrekking tot de aandacht voor het vitamine D gebruik onder allochtone vrouwen, verwijs ik graag naar de antwoorden op de kamervragen van het Kamerlid Arib (2050509210). Hierin geef ik onder andere aan dat het Voedingscentrum voor een foliumzuurcampagne samen met het Erfocentrum een folder heeft uitgebracht waarin ook het belang van vitamine D tijdens de zwangerschap wordt benadrukt. Deze brochure, die mede door VWS is gefinancierd, is speciaal gericht op allochtone en laagopgeleide vrouwen.
Begin 2007 verwacht ik een advies van de gezondheidsraad over essentiële micronutriënten hierin heb ik onder andere specifiek aandacht gevraagd voor foliumzuur en vitamine D en verrijkingsbeleid voor deze twee micronutriënten. Aan de hand van bovengenoemde evaluatie en het advies van de gezondheidsraad, zal ik mijn beleid verder bepalen.

14.
Kan de minister aangeven op welke vaccins het onderzoek van het NVI zich op dit moment richt en hoe dit onderzoek zich verhoudt tot het toekomstige RVP?

14.
Het NVI voert onderzoek uit om de lange termijn aanpassing van de Nederlandse Vaccin Voorziening (NVV) in het algemeen en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in het bijzonder te kunnen faciliteren. Dit betreft strategisch onderzoek dat kan leiden tot innovaties op het gebied van vaccins en vaccinatie zoals verbetering van de afweerreactie nieuwe toedieningsvormen of nieuwe vaccins. Daarnaast ontwikkelt het NVI vaccins en ontwikkelt en verbetert het NVI kwaliteitscontroletesten die nodig zijn voor de productie van de vaccins. Ik belicht een aantal onderwerpen per werkterreinen, omdat een compleet overzicht van alle werkzaamheden op deze plek te omvangrijk wordt.

I Strategisch Vaccin Onderzoek
Het NVI voert vrijwel al het vaccinonderzoek uit in samenwerking met universitaire partners. In sommige gevallen is ook sprake van samenwerking met de private sector.

Het effect van vaccinatie meten en verbeteren
Het NVI onderzoekt de mogelijkheden om de afweerreactie te optimaliseren. Het effect van vaccins en van natuurlijke infecties op het afweersysteem kan gemeten worden, onder meer door bijvoorbeeld antistoffen in het bloed te meten. Bij het ontwerpen van toekomstige werkzame (combinatie)vaccins is het monitoren van deze zogenaamde 'correlaten van bescherming' dan ook

een belangrijk (en kostenbesparend) hulpmiddel. Het NVI vergaart en genereert kennis over deze correlaten die betrekking hebben op vaccins tegen infecties door meningokokken, Respiratoir Syncytieel Virus (RSV), *Bordetella pertussis (*kinkhoest*)* en cytomegalovirus (CMV). Al deze vaccins zitten in het RVP of de Gezondheidsraad is gevraagd een advies te geven over toekomstige opname in het RVP. Ook heeft dit onderzoek betrekking op pandemisch griepvaccin. Het onderzoek biedt aanknopingspunten voor de ontwikkeling van betere vaccins, die een optimale afweerreactie met minimale bijwerkingen combineren.
Het NVI heeft veel voortgang geboekt met zijn onderzoek naar epitopen. Epitopen zijn onderdelen van virussen en bacteriën die door het immuunsysteem herkend worden en waartegen dan een afweerreactie op gang komt. Door het NVI is een unieke methode ontwikkeld waarmee onder andere epitopen van het Respiratoir Syncytieel Virus (RSV) ontdekt zijn. Op basis van onder meer deze ontdekking is een veelbelovend concept voor een vaccin tegen RSV ontwikkeld. Het epitopenonderzoek heeft ook betrekking op griep en de resultaten zijn direct bruikbaar voor het FLUSECURE project (zie vraag 23).

Nieuwe manieren om vaccins toe te dienen
De meeste vaccins worden toegediend via injectie in een spier. Echter toediening bijvoorbeeld via de huid of via de neus kan voordelen bieden zoals het opwekken van immuniteit op de plaats waar micro-organismen binnendringen, minder bijwerkingen, minder ongemak voor de kinderen. Bijvoorbeeld bij een grieppandemie, is toediening via de neus of huid ook sneller. Bovendien maken alternatieve toedieningsvormen het mogelijk om het aantal injecties per vaccinatiesessie te beperken. Dit is belangrijk voor de acceptatie van het RVP door ouders en uitvoerenden. Zo wordt onderzocht of hepatitis B vaccin via de huid toegediend kan worden middels een soort gel of met microscopisch kleine naaldjes.

Nieuwe producten
Het NVI steunt de door het RIVM ontwikkelde hypothese dat de werkzaamheid van de huidige cellulaire en acellulaire kinkhoestvaccins suboptimaal is doordat de stammen van de kinkhoestbacterie die in de maatschappij voorkomen in de loop der jaren veranderd zijn. Het NVI onderzoekt de mogelijkheden om een nieuw vaccin te ontwikkelen tegen kinkhoest, dat beter beschermt tegen de circulerende ziekteverwekkers dan de beschikbare vaccins en dat minder bijwerkingen geeft dan het tot 2005 gebruikte cellulaire kinkhoestvaccin. Het onderzoek om verbeterde werking van dit nieuwe vaccin aan te tonen in muizen is bijna afgerond ('proof of principle'). Dit is een belangrijke stap in de richting van de ontwikkeling van een werkzamer kinkhoestvaccin voor mensen.

II Vaccinontwikkeling
Alle vaccinontwikkelingstrajecten van het NVI worden in samenwerking met de industrie uitgevoerd.

Meningokokken B
Voor bescherming van zuigelingen en kleuters tegen groep B meningokokken heeft het NVI een uniek vaccin ontwikkeld. Het vaccin bleek veilig en effectief. Deze gunstige resultaten brachten NVI en 'Wyeth vaccines' ertoe om in 2001 een samenwerkingsovereenkomst te sluiten voor de gezamenlijke ontwikkeling van een combinatievaccin dat zal bestaan uit meningokokken B, een vaccin dat tegen nog meer meningokokkenstammen beschermt dan het hiervoor genoemde product, en een pneumokokkenvaccin. In de tweede helft van 2006 zal de eerste klinische studie starten.

RSV
Het onderzoek naar een nieuw RSV vaccin (zie hierboven) is inmiddels zo ver gevorderd dat het 'proof of principle' is geleverd: het vaccin beschermt namelijk tegen virus infectie in proefdieren. Inmiddels wordt gewerkt aan een samenwerkingsverband tussen het NVI en een (internationaal) vaccinbedrijf dat geïnteresseerd is in gezamenlijke procesontwikkeling van het vaccin en registratie en verkoop buiten Nederland.

Voor zowel meningokokken B als voor RSV geldt dat er nog geen vaccin geregistreerd is en er dus geen sprake is van een me-too product.

Haemophilus influenzae type b

Het NVI is sinds eind 1998 betrokken bij het ontwikkelen van een vaccin tegen *Haemophilus influenzae type b* (Hib) voor ontwikkelingslanden. Doel van het oorspronkelijke project was een Hib conjugaat vaccin te ontwikkelen en de technologie vervolgens over te dragen aan lage- en middeninkomenlanden . Hiermee leverde het NVI een bijdrage aan het oplossen van mondiale tekorten aan Hib vaccin, met name in lage inkomenslanden. Dit tekort is ontstaan mede als gevolg van de hoge prijs van het vaccin en de patentbescherming door de multinationale farmaceutische industrie. Beide aspecten werkten belemmerend op de introductie van het vaccin in lage inkomenslanden. Het NVI heeft een relatief goedkoop Hib productieproces ontwikkeld dat kan worden toegepast door met name ontwikkelingslanden. Ook omdat er geen duur patent op rust en de vaccinontwikkeling elders is uitgevoerd. Het NVI draagt dan ook inmiddels de technologie over naar verschillende producenten in lage inkomenslanden. Het NVI draagt daarmee bij aan de internationale volksgezondheid en heeft voor Nederland een terugval positie gecreëerd in geval van schaarste.

15.
Wanneer kan de minister de Kamer informeren over de resultaten van de reclamecode van de Federatie van Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI)? Wat vindt de minister van de huidige misleidende reclame over snoep en ongezonde voeding gericht op kinderen?

15.
Nu al is misleiding in de zin van artikel 29, eerste lid, van het Warenwetbesluit Etikettering van Levensmiddelen niet toegestaan. De VWA ziet hierop toe. De resultaten van de evaluatie van de FNLI reclame code zullen iets later dan gepland, maar naar verwachting in de loop van de zomer, beschikbaar komen. In deze code worden specifiekere regels gesteld aan de reclame gericht aan kinderen. Ik wacht deze evaluatie af, maar dit neemt niet weg dat ik alle ontwikkelingen kritisch zal blijven volgen en indien nuttig en noodzakelijk verdergaande maatregelen zal overwegen.

16.
Is de minister bereid alle activiteiten die nu vanuit zijn departement worden ondernomen om het overgewicht tegen te gaan op hun resultaten en effecten te evalueren?

16.
Ja. Vanuit het departement wordt het voorkomen van overgewicht bij volwassenen en kinderen gemeten. In het kader van het actieplan 'Energie in Balans' worden door de partners afspraken gemaakt over het meten van de resultaten van de afzonderlijke acties. Daarbij is elke convenantpartner verantwoordelijk voor de eigen activiteiten. De door VWS ingebrachte activiteiten worden geëvalueerd. Het convenantbureau bewaakt het geheel aan evaluatie en monitoringsafspraken. De effectiviteit van één interventie zal niet altijd direct te vertalen zijn in vermindering van het overgewicht, maar bijv. wel in een toename van de groente en fruitconsumptie of het percentage mensen dat voldoet aan de norm gezond bewegen.

17.
Kan de minister uitleggen waarom hij nog steeds in zelfregulering gelooft, terwijl alle cijfers wijzen op een toenemend probleem van overgewicht bij volwassenen en kinderen?

17.

Overgewicht is een complex probleem dat verweven is met onze huidige manier van leven. In januari 2005 zijn we gestart met het convenant Overgewicht om snel te komen tot een brede, doeltreffende aanpak van het probleem. Uitgangspunt in het convenant is zelfregulering. Het convenant moet aantonen dat de negatieve trend te keren is door samenwerking van veel partijen op allerlei terreinen, in diverse settings, met veel uiteenlopende acties. Nieuwe partners met nieuwe acties treden toe. Het feit dat in relatief korte tijd zoveel partijen (koepels inclusief hun leden) zich gecommitteerd hebben aan de gezamenlijke doelstellingen en acties gestart zijn, vind ik veelbelovend. De looptijd van deze aanpak is echter nog te kort om effecten op het voorkomen van overgewicht te meten.

Vragen VVD-fractie

18.
De minister heeft tijdens het algemeen overleg toegezegd een toekomstvisie te schrijven op preventie in brede zin. Toegezegd is dat deze toekomstvisie in ieder geval het volgende zal bevatten:

a. Hoe wordt omgegaan met de vlucht die nieuwe vaccinaties nemen, bijvoorbeeld het baarmoederhalskankervaccin dat al volgend jaar op de markt kan komen? Komen dit soort vaccins in het pakket, voor wie en op basis waarvan, en hoe wordt dat qua infrastructuur en kosten geregeld?
b. Hoe wordt omgegaan met het preventief slikken van medicijnen? Als er medicijnen zijn - en die zijn in ontwikkeling - die de kans op een ziekte op latere leeftijd doen afnemen, wat betekent dat dan? Gezonde mensen gaan preventief geneesmiddelen slikken. Wat betekent dat in medisch-ethische zin en wat betekent dat voor de kosten?
c. Het in kaart brengen van de toenemende mogelijkheden ten aanzien van de screening/bevolkingsonderzoeken en het vaststellen van een eventueel herzien afwegingskader.

Mag ervan worden uitgegaan dat deze toekomstvisie onderdeel gaat uitmaken van de Preventienota? Zo neen, waarom niet?

18.
Een toekomstvisie over vaccinaties zal van de komende Preventienota geen onderdeel zijn; zo'n visie zal ik pas kunnen formuleren op basis van een advies van de Gezondheidsraad over de toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma dat ik eind 2006 verwacht (zie ook antwoord 14). Een visie over screeningsbeleid en bevolkingsonderzoek heb ik tijdens het AO Preventie toegezegd in de vorm van een aparte brief.

19.
In de Preventienota zou moeten worden uitgegaan van een bredere benadering van preventie. De invloed van beleidsbeslissingen op andere terreinen (onderwijs, ruimtelijke ordening, verkeer, veiligheid, etc.) is belangrijk. Ook de preventieactiviteiten in de reguliere zorg zijn cruciaal (huisarts, chronische zorg, etc.). Kiest de minister deze brede benadering ook in de Preventienota? Zo neen, waarom niet? Is de minister in dit geval bereid dat alsnog te doen?

19.
In de preventienota *Kiezen voor Gezond Leven* zal het kabinet op basis van de Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2006 de speerpunten in het preventiebeleid aangeven. De nota zal zich concentreren op gezond leven en in dat verband ook aandacht besteden aan preventie via de zorg.

20.
Tijdens het algemeen overleg is veel kritiek geuit op de insteek van de minister in het preventiebeleid. Het beleid dat weinig creatief is en is gericht op controle: ge- en verboden,

prijsbeleid, verkooppunten terugdringen, etc. vindt weinig steun bij de VVD-fractie. Zal dit beleid ook de insteek van de minister zijn voor de Preventienota, of kiest de minister een meer effectieve en positieve benadering?

20.
De preventienota *Kiezen voor Gezond Leven* zal uitgaan van een (kosten)effectieve benadering van preventie. Acties zullen vooral gericht zijn op maatregelen die resultaat opleveren, inclusief waar nodig ge- en verboden. De gezondheid van de Nederlander staat daarbij voorop.

21.
De minister acht de brede overheidstaak van het NVI - onderzoek, ontwikkeling en productie - van belang voor de bevolking. Deze taken gaan juist slecht samen. Het belang van overheidsbemoeienis met zulke elementaire zaken als vaccins wordt gedeeld, maar op de wijze zoals de VVD-fractie in het algemeen overleg heeft aangegeven. Kan de minister concreet aangeven wat het eigen onderzoek en de eigen ontwikkeling bij het NVI de laatste jaren voor echte (geen me-too) innovaties heeft opgeleverd? Met andere woorden, op welke manier draagt het NVI bij aan de innovatie op farmagebied?

21.

Ik ben blij dat de VVD het belang van overheidsbemoeienis op het gebied van de vaccins deelt. Sinds de start van het eerste Rijksvaccinatieprogramma in 1957 heeft de Nederlandse overheid er altijd voor gezorgd dat alle zuigelingen en kinderen in Nederland op tijd kwalitatief goede vaccins kregen en dus beschermd waren tegen ernstige ziekten. Dat is het belangrijkste goed dat eigen onderzoek, ontwikkeling en productie hebben opgeleverd. Op uw stelling dat de verschillende taken slecht zouden samengaan kom ik terug in mijn antwoord op vraag 23.

Voor de concrete innovaties die de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten van het NVI hebben opgeleverd verwijs ik naar antwoord 14.

22.
Kan de minister beschrijven in hoeverre deze verschillende taken bij het NVI vertraging hebben opgeleverd bij het opnemen van het nieuwe acellulaire kinkhoestvaccin in het RVP? Kan de minister aangeven wat de toegevoegde waarde is van de huidige onderzoeksinspanningen bij het NVI? Is dit niet gewoon onderzoek naar me-too? De taken inkoop en onderzoek/ontwikkeling hebben in het verleden het NVI in een spagaat gebracht. Kan de minister dit bevestigen? Ziet de minister de conflicterende kant van deze taken bij één organisatie? Waaruit bestaat de garantie dat altijd het algemeen belang prevaleert, boven het belang van de eigen organisatie?

22.
Ik wil beginnen met de laatste vraag. In mijn ogen is het enige juiste uitgangspunt bij beslissingen over inkopen of zelf ontwikkelen/produceren bij opname van nieuwe vaccins in het RVP dat het zelf produceren geen inperking mag inhouden van de beschikbaarheid en kwaliteit van het RVP over de volle breedte. Om te voorkomen dat deze taken conflicteren is er juist voor gekozen dat besluitvorming hierover niet bij het NVI zelf ligt. Advisering over het al dan niet opnemen van nieuwe vaccins in het RVP is een taak van de Gezondheidsraad en niet van het NVI. Op basis hiervan vindt besluitvorming plaats door de minister van VWS. Het NVI krijgt vervolgens opdracht om het besluit uit te voeren. Op deze manier garandeer ik dat altijd het algemeen belang prevaleert. Bovengenoemd uitgangspunt en taakverdeling stonden ook centraal in het hele kinkhoesttraject. In 1997 adviseerde de Gezondheidsraad om hoge prioriteit te geven aan de ontwikkeling van een DKTP-vaccin met een eigen DTP en aangekochte acellulaire kinkhoestcomponent. De toenmalige minister heeft dit advies opgevolgd en het RIVM opdracht gegeven te starten met de ontwikkeling. Daarmee was en is het belang van het RVP in den brede beter gediend dan met aankoop, omdat op

deze manier de nationale vaccinproductie behouden bleef. Dit op zijn beurt is van belang met name gelet op de wereldwijde schaarste van sommige producten en de noodzaak om zelf ook in bijzondere omstandigheden te kunnen produceren. Zoals bijvoorbeeld in het geval van pokken.
Toen bleek dat het ontwikkeltraject langer duurde dan aanvaardbaar werd geacht heb ik, weer op advies van de Gezondheidsraad, besloten om tijdelijk een combinatievaccin met een acellulaire kinkhoestcomponent aan te kopen tot het vaccinontwikkelingstraject bij het NVI begin 2007 een vaccin voor het RVP oplevert. Overigens stond de oorzaak van de vertraging los van de combinatie van taken bij het NVI. Voor tijdelijke inkoop is gekozen, omdat de eerdere redenering over het belang van behoud van productie nog steeds geldt. Ook in 2004 heeft de Gezondheidsraad het belang van nationale vaccinproductie onderschreven.
Tussentijds is in 2001, op advies van de Gezondheidsraad, een extra vaccinatie voor 4-jarigen ingevoerd. Daarbij is bewust gekozen voor snelle invoering via aankoop van een los acellulair kinkhoestvaccin.
De toegevoegde waarde van de huidige onderzoeksinspanningen bij het NVI is dan ook dat Nederland met behoud van eigen productiefaciliteiten toch de beschikking heeft over een acellulair kinkhoestvaccin.
Strikt genomen is het een 'me-too', maar dit is zeker geen overbodige luxe gelet op het feit dat er mondiaal slechts twee vergelijkbare producten beschikbaar zijn.

23.
Juist de combinatie van productie, onderzoek en ontwikkeling levert volgens de minister kennis op die onontbeerlijk is voor de vaccinvoorziening in Nederland. Volgens de minister vergroot die combinatie van kennis en vaardigheden de mogelijkheden voor publiek-private samenwerking. Is er naar de mening van de minister geen andere constructie mogelijk om kennis en vaardigheden te verbinden en breder in te zetten? Met andere woorden, is dit de enig mogelijke en meest effectieve en efficiënte weg?

23.
Voor Nederland is de huidige aanpak op dit moment de meest effectieve en efficiënte. Nederland was vroeger in staat de vaccintaak optimaal in te vullen door alle vaccins zelf te produceren. Inmiddels is dat al lang niet meer het geval en ook niet nodig. Het aantal aan te kopen vaccins zal waarschijnlijk nog verder toenemen. Als gevolg van internationale ontwikkelingen in de vaccinwereld is Nederland daarmee wel in grote mate afhankelijk geworden van grote multinationale vaccinfabrikanten. Dit vereiste een aanpassing van het beleid om te kunnen blijven zorgen voor een goede vaccinvoorziening. Niet alleen eigen productie bleek belangrijk, maar ook een goede positie in de multinationale vaccinwereld, door contacten en uitruil met die vaccinwereld. Nederland kan alleen een serieuze partner zijn voor publiek-private samenwerking als er ook serieus eigen vaccinonderzoek, -ontwikkeling en -productie plaatsvindt.

Er zijn andere mogelijkheden om vaccinkennis en -vaardigheden te verbinden en breder in te zetten om op die manier de beschikbaarheid en de kwaliteit te garanderen. Zo fungeren in het Verenigd Koninkrijk het 'National Institute for Biological Standards and Control' (NIBSC) /en de 'Health Protection Agency' (HPA) als belangrijke kennisinstituten op het terrein van vaccins. Het VK investeert in vaccinontwikkeling door onder meer producenten mogelijkheden te geven om veldstudies te doen met nieuwe producten. Dit, in combinatie met een grote potentiële afzetmarkt, levert het VK een goede onderhandelingspositie op. Het land koopt daarnaast omvangrijke hoeveelheden vaccins bij verschillende producenten aan. Daardoor is men in staat eventuele leveringsproblemen te bufferen. De Nederlandse markt is te klein voor een dergelijke aanpak. De Europese markt kan op onderdelen wel mogelijkheden bieden. Het NVI zoekt dan ook al geruime tijd naar aanknopingspunten om in Europees verband beschikbaarheid en kwaliteit van vaccins beter te borgen. Voor pandemisch griepvaccin is dit gevonden in het project FLUSECURE, waarvan het NVI de trekker is. Dit initiatief is gericht op het continu beschikbaar hebben van 'seed lots' van de meest recente griepvirussen, nodig voor de versnelling van de productie van een pandemisch vaccin. Het

FLUSECURE-project bouwt rechtstreeks voort op de door de Europese Commissie ingeslagen weg naar een Public-Private Partnership (PPP) voor de ontwikkeling en productie van pandemische influenza vaccins binnen Europa. Het is ingediend met partners in negen andere lidstaten en door de EU gehonoreerd. Ik bekijk of intensivering van de Europese rol van een instituut als het NVI noodzakelijk is om ook in de toekomst de vaccintaak optimaal uit te kunnen voeren middels het vormen van netwerken met andere instituten.

24.
Is er volgens de minister voldoende capaciteit in Nederland aanwezig om vaccins te produceren? Waarom acht de minister het noodzakelijk om de productie van vaccins een overheidstaak te laten blijven? Wat is het oordeel van de minister om via publiek-private samenwerking en goede afspraken de vaccinlevering veilig te stellen?

24.
Op dit moment heeft het NVI voldoende capaciteit om de eigen humane vaccins te produceren. Er zijn geen andere Nederlandse producenten of producenten die in Nederland vaccins voor het RVP produceren en de ingekochte vaccins worden in het buitenland geproduceerd. Alleen Solvay produceert in Nederland griepvaccin.

Het is mijn stellige overtuiging dat publiekprivate samenwerking en goede afspraken met de private sector onontbeerlijk zijn voor het veilig stellen van vaccinlevering. Ook vanuit de industrie wordt deze visie gedeeld. Het is juist om die reden dat ik Nederland equipeer met vaccinonderzoek, -ontwikkeling en -productie. Dat is voor ons als klein land de manier om die publiek private samenwerking mogelijk te maken. Ik merk dat de publieke taken enerzijds en de contacten met de private sector anderzijds elkaar versterken. Kennisoverdracht en samenwerking met de private sector houden het NVI scherp. Het stelt het NVI in staat te 'benchmarken'. Ook leidt het in huis hebben van kennis onder meer tot goed gedefinieerde eisenpakketten voor Europese aanbestedingen, waarbij optimaal rekening wordt gehouden met de Nederlandse situatie. Zoals ook genoemd bij vraag 23, vind ik de huidige manier van werken de meest effectieve en efficiënte manier voor Nederland om de beschikbaarheid en kwaliteit van vaccins te garanderen.

Zoals ik in het antwoord op vraag 1 al aangaf is in de VS geconcludeerd dat de daar aanwezige kwetsbare vaccinvoorziening de komende jaren niet zal verdwijnen. Ik wil niet dat de Nederlandse zuigelingen in een dergelijke situatie belanden. Ik zie dan ook geen aanleiding om de overheidstaak op het terrein van vaccins te versmallen.

25.
Kan de minister een overzicht geven van de taken en verantwoordelijkheden van het Topinstituut Pharma en de taken en verantwoordelijkheden van het NVI?

25.
Top Instituut Pharma
Op 24 maart 2006 heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen tot het doen oprichten van de Stichting Topinstituut Pharma (Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2006, 30 502, nr 1). Op 7 juni jl. hebben we hierover met elkaar gesproken in het Algemeen Overleg over het Topinstituut Pharma. Het Top Instituut Pharma (TI Pharma) is opgericht om een impuls te geven aan de samenwerking tussen bedrijven en kennisinstellingen en om de industriële onderzoeksparticipatie te stimuleren. De farmaceutische industrie behoort tot de meest kennisintensieve takken van de industrie. Ontwikkeling van deze sector draagt dus bij uitstek bij tot het stimuleren van de kenniseconomie in Nederland. Alleen opereren de (bio)farmaceutische industrie en de universiteiten op dit moment nog te onafhankelijk van elkaar op het gebied van R&D. Verder is de participatie van de industrie in farmaceutische R&D relatief laag ten opzichte van andere kennis intensieve sectoren in Nederland. Het TI Pharma wil een leidende positie opbouwen in onderzoek en onderwijs in die gebieden die

kritisch zijn voor de concurrentie kracht van de Nederlandse farmaceutische sector. Het Instituut wil tevens bijdragen aan het welzijn van de samenleving, door het onderzoek specifiek te richten op ontwikkeling van medicijnen tegen ziektes met hoge maatschappelijke relevantie. Het Instituut zal zich vooral bezig houden met onderzoek dat gericht is op de efficiëntie van de ontwikkeling van geneesmiddelen, teneinde de "cost- & time-to-patient" te verlagen.
De TI Pharma onderzoeksthema's betreffen ziektegebieden die vanuit het bedrijfsleven voorrang krijgen en aansluiten op VWS-prioriteiten vastgelegd in het "Priority Medicines" project en de nota "Langer Gezond Leven". De geselecteerde gebieden betreffen:

- (auto)immuunziekten als reumatoïde artritis, COPD en astma
- cardiovasculaire aandoeningen (inclusief CVA)
- oncologie
- infectieziekten (met onder meer aandacht voor influenza en antibioticumresistentie)
- psychische aandoeningen als Alzheimer en depressie

Nederlands Vaccin Instituut
Het NVI is in februari 2002 opgericht op basis van het besluit van de Ministerraad om te kunnen garanderen dat er altijd voldoende vaccins, van goede kwaliteit, beschikbaar zijn voor de Nederlandse bevolking. Het NVI heeft de gehele vaccinwaardeketen - het proces van research en ontwikkeling, productie, levering en nazorg - onder zijn dak. Het NVI heeft als missie: 'Het beschermen van de Nederlandse bevolking tegen infectieziekten door het leveren van vaccins ten behoeve van vaccinatie onder normale en bijzondere omstandigheden'.
Om te kunnen voldoen aan zijn missie heeft het NVI een drietal kerntaken, te weten:

1. *Levering van vaccins voor de Nederlandse Vaccin Voorziening (NVV).*
   In opdracht van de opdrachtgever zorgdragen voor tijdige beschikbaarheid van kwalitatief goede, betaalbare vaccins voor de Nederlandse bevolking onder normale en bijzondere omstandigheden.
2. *Onderzoek en ontwikkeling op het terrein van vaccins voor de NVV*.
   In opdracht van de opdrachtgever uitvoeren van onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten op het terrein van vaccins voor het huidige en toekomstige NVV.
3. *Het voorhanden hebben van actuele kennis over vaccins en vaccinatie voor de professionele ondersteuning van de opdrachtgever*.
   In opdracht van de opdrachtgever aandragen van kennis dan wel het doen van gerichte onderzoeken ter ondersteuning van het beleid. Hierbij staat de tijdige en planmatige ontwikkeling van het vaccinpakket voorop.

In het kader van verbetering van de samenwerking met farmaceutische onderzoeksinstituten participeert het NVI vanaf 2006 in het TI Pharma. Het gaat daarbij om het precompetitieve onderzoek en niet om het uitontwikkelen van producten. Daarmee sluit het naadloos aan op het werkterrein van het TI Pharma. Bij elke vaccinontwikkeling wordt vervolgens een (private) partner gezocht. Hiermee versterkt het NVI het innovatieve vaccinonderzoek in Nederland.
Hierbij herhaal ik mijn aanbod om u tijdens een werkbezoek aan het NVI beter te informeren over de werkwijze van het NVI en het proces van farmaceutische productie en vaccinontwikkeling.

26.
Intensivering van de zorg voor kinderen en hun ouders kan volgens de minister op veel manieren worden ingezet. Het uitbreiden van de contactmomenten voor alle kinderen door de inzet van schoolverpleegkundigen is daar één van. De minister vindt dat meer contactmomenten voor alle kinderen minder effectief zijn dan verder investeren in een betere opvolging van de JGZ-signaleringsadviezen en -doorverwijzingen. De overheid heeft zich echter tot taak gesteld een aantal ongezonde leefgewoonten terug te dringen. Massamediale campagnes hebben een beperkt effect. Maatwerk, betrokkenheid van ouders, kennis over de eigen risico's en gevolgen van de eigen leefgewoonten zijn veel effectiever in de beïnvloeding ervan. Is de minister het met deze stelling eens? Zo ja, hoe wil de minister dit dan vormgeven? Zo neen, kan de minister dat dan

beargumenteren? Op welke wijze wil de minister de aangenomen motie over de schoolverpleegkundige - naar letter of naar geest - uitvoeren?

26.
Mijn antwoord 7 gaat in op de motie over de schoolverpleegkundige. Wat betreft het terugdringen van ongezonde leefgewoonten: de jeugdgezondheidszorg geeft individuele adviezen over leefstijlaspecten aan ouders van jonge kinderen. Voorlichting aan oudere kinderen lopen veelal via de school. De combinatie van massamediale voorlichting, individuele voorlichting en adviezen en voorlichting in het onderwijs versterken elkaar. Met de jeugdgezondheidsmonitor levert de jeudgezondheidszorg een goed beeld aan gemeenten en scholen van de gezondheidstoestand van de kinderen in specifieke wijken of scholen. Het aanbod (waaronder leefstijlinterventies) kan hierop worden afgestemd. De enquêtes voor de jeugdgezondheidsmonitor worden via internet of schriftelijk afgenomen. Een contactmoment is hiervoor niet noodzakelijk.

27.
Inzet van de staatssecretaris en de minister is dat de jeugdgezondheidszorg tijdige en goede zorg levert voor kinderen en hun ouders/verzorgers, maar ook dat er een vervolg is op signalering en doorverwijzing. Past het idee van de schoolverpleegkundige niet uitstekend bij de inzet van de minister en de staatssecretaris op dit punt?

27.
Zie de antwoorden 7, 9 en 26.

28.
De jeugdgezondheidszorg moet tevens de spil worden van een Centrum Jeugd en Gezin, een lokale voorziening waar ouders/opvoeders en kinderen terecht kunnen met al hun vragen en problemen op het terrein van opvoeden en opgroeien. Wat is de toegevoegde waarde van een dergelijk centrum boven het bestaande Bureau Jeugdzorg?

28.
In een Centrum voor Jeugd en Gezin wordt opvoedondersteuning en jeugdgezondheidszorg zodanig georganiseerd dat deze gebundeld aan ouders en kinderen worden geboden. Dat is nodig om versnippering van het aanbod op het terrein van het lokaal preventieve jeugdbeleid tegen te gaan. Dit moet leiden tot een voor ouders, kinderen en jongeren herkenbare, laagdrempelige eerstelijnsvoorziening, in de nabijheid van het gezin. De Wet op de jeugdzorg regelt de aanspraak op zorg indien sprake is van ernstige problemen waarvoor het bureau jeugdzorg de voordeur is. Om ernstige problemen zoveel mogelijk te voorkomen is het van belang dat op lokaal niveau, zo dicht mogelijk bij de gezinnen, goed invulling wordt gegeven aan de functies die vooraf gaan aan de jeugdzorg. Ook dat is een belangrijk uitgangspunt van de Wet op de jeugdzorg. In het Centrum voor Jeugd en Gezin worden die functies samenhangend en gebundeld geboden.

Het kabinet is niet uit op een blauwdruk voor Centrum voor Jeugd en Gezin, maar geeft wel consequent aan dat het gaat om een bundeling van taken op het terrein van de opvoedondersteuning en de jeugdgezondheidszorg. Het is aan de gemeente en lokale partijen om de precieze invulling te bepalen.

Vóór het zomerreces ontvangt u de kabinetsreactie op het advies van de Commissaris Jeugd- en jongerenbeleid.

29.
In een aantal kranten is onlangs aandacht geweest voor de uitspraak van de rechter in Zwolle over het landelijk onderzoek naar borstkanker.[1] De uitspraak ging over twee radiologen, verbonden aan de stichting Bevolkingsonderzoek Noord-Nederland, die volgens de rechter hebben verzuimd om een 53-jarige vrouw uit Ruinen in januari 1997 door te sturen voor verder onderzoek. Zij overleed in 1999 aan borstkanker. Volgens de rechter hebben de twee medici niet de zorg van een redelijk handelend en redelijk bekwaam radioloog in acht genomen. Het gevolg van deze uitspraak is dat sindsdien tientallen radiologen zich bezinnen op medewerking aan het landelijk onderzoek naar borstkanker vanwege het risico van aansprakelijkheid. Voortzetting van de gesubsidieerde screening kan zodoende op losse schroeven komen te staan. De VVD-fractie acht het van belang om niet de screening op borstkanker ter discussie te stellen maar wel de organisatie ervan onder de loep te nemen. Screening op borstkanker levert rendement op. Ongeveer een kwart van de nieuwe gevallen van borstkanker wordt ontdekt via het bevolkingsonderzoek. De tijd heeft echter niet stilgestaan. Er zijn nieuwe inzichten en meer mogelijkheden op dit gebied. Bovendien kleven er een aantal organisatorische nadelen aan het bevolkingsonderzoek. Het systeem is star, alleen tussen de 50 en 75 jaar, speelt niet in op het levensritme van de doelgroep en is niet ingebed in de vertrouwde sfeer van onder meer de eigen huisarts. Het onderzoek wordt als zeer onaangenaam ervaren. Andere ontwikkelingen betreffen het feit dat huisartsen steeds beter geëquipeerd zijn om de gezondheid van hun populatie te bewaken en te coachen. Ook de diagnostische mogelijkheden in de ziekenhuizen zijn sterk verbeterd en van voldoende capaciteit om ook te kunnen worden ingezet bij de screening. De VVD-fractie streeft naar een groter rendement van borstkankeronderzoek in de toekomst en die meer is ingesteld op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Is de minister van mening dat de wijze waarop borstkankeronderzoek is georganiseerd aan herziening toe is? Is de minister bereid om in de Preventienota aandacht te geven aan zijn toekomstvisie op preventief bevolkingsonderzoek in de gezondheidszorg? Zo ja, op welke manier? Gaat de minister dit inpassen in zijn visie op preventie in de toekomst, iets waar de VVD-fractie al eerder op heeft aangedrongen? Zo ja, wanneer kan die visie worden verwacht? Zo neen, waarom niet?

29.
In mijn antwoorden op de vragen van 10 mei 2006 van het Kamerlid Arib (PvdA) over borstkankeronderzoek (2050613140), heb ik aangegeven dat de gerechtelijke procedure nog loopt. Er is een uitspraak in hoger beroep van het Gerechtshof te Arnhem van 17 januari 2006 die de uitspraak van de rechtbank te Zwolle nuanceert. Aan radiologen die meewerken aan het bevolkingsonderzoek borstkanker worden geen strengere eisen gesteld dan aan die van een “redelijk handelende en redelijk bekwame vakgenoot”. Er is geen concrete aanleiding om te vrezen dat radiologen zich massaal terugtrekken uit het bevolkingsonderzoek.
Ik zie met u zowel in de uitspraak van de rechtbank te Zwolle als in de genoemde ontwikkelingen geen enkele aanleiding het bevolkingsonderzoek borstkanker als zodanig ter discussie te stellen. Wat betreft uw vraag naar noodzaak van herziening van de organisatie van het borstkankeronderzoek merk ik het volgende op. Het afgelopen jaar is in opdracht van het RIVM, dat sinds 1 januari 2006 landelijk regisseur is voor bevolkingsonderzoek, verkennend onderzoek gedaan naar mogelijkheden van bestuurlijke en organisatorische vernieuwing van de (bestaande) organisaties voor bevolkingsonderzoek. Het betreft zowel het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker als het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.
Dit onderzoek is recent afgerond. Op dit moment bereid ik in overleg met het RIVM een standpunt op dit rapport voor en een plan van aanpak voor de uitvoering van een meer doelmatige organisatiestructuur op basis daarvan. Uiteraard zullen ook de uitvoeringsorganisaties nauw bij dat traject betrokken worden. Ik zal de Kamer over mijn standpunt informeren.
In de vraag wordt verder gewezen op ontwikkelingen in geneeskunde en techniek die leiden tot toenemende mogelijkheden van risico-individualisering en screening op maat. De vraag daarbij is ondermeer of de uitgangspunten die aan de basis liggen van de door de overheid gefinancierde en

[1] Brabants Dagblad d.d. 9 mei 2006

georganiseerde huidige landelijke programma's voor bevolkingsonderzoek op basis van genoemde ontwikkelingen in de toekomst aanpassing vereisen.
Ik ben van plan om de Gezondheidsraad advies te vragen over de nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de voorspellende geneeskunde. Het gaat vooral om die ontwikkelingen waar de overheid, maar ook andere partijen op het terrein van de publieke gezondheid en zorg, op moet anticiperen en die naar verwachting op korte en middellange termijn (de komende 10 jaar) merkbare gevolgen zullen hebben voor het beleid bijvoorbeeld met betrekking tot bevolkingsonderzoek.
Ik heb de Kamer tijdens het AO preventie van 5 april jl. een visie toegezegd over screeningsbeleid en bevolkingsonderzoek.

Vragen SP-fractie

30.
De minister is niet van plan meer contactmomenten voor alle kinderen in de jeugdgezondheidszorg in te stellen, ondanks de wens van de Kamer. Zou het niet allebei moeten; én meer contactmomenten én meer aandacht voor risicogroepen? Immers contactmomenten voor alle kinderen zijn nodig om risicokinderen op te sporen.

30.
Zie de antwoorden 7, 9 en 26.

31.
In juni komen de resultaten van de evaluatie van de aparte reclamecode voor voedingsmiddelen. Indien deze negatief uitpakt, is de minister dan alsnog bereid over te gaan op een wettelijk verbod op voedingsreclame gericht op kinderen, te beginnen via de televisie? Wat zijn de doelstellingen van de bijzondere code en welke effecten denkt de minister hiermee te kunnen bereiken?

31.
Zie antwoord 15. Een eventueel verbod van voedingsreclame gericht op kinderen zal onderdeel moeten uitmaken van een totaalpakket aan maatregelen. Met alleen een reclameverbod wordt het probleem niet opgelost. Daarnaast is de vraag wat het effect zou zijn van een verbod voor reclame via de televisie aangezien dit alleen zou gelden voor de Nederlandse zenders. Bovendien blijkt dat de reclameblootstelling van kinderen via Internet groter is.

32.
De minister beoogt met gezondheidsbevorderende maatregelen op het gebied van met name alcohol- en tabaksbeleid en het voorkomen van overgewicht juist ook aandacht te geven aan de vermijdbare ziektelast bij groepen met een lage sociaal-economische status. Erkent de minister dat materiële omstandigheden een belangrijke rol spelen naast de verschillen in gedrag? Blijkt bovendien niet steeds duidelijker dat ongezond gedrag in belangrijke mate veroorzaakt wordt door slechte materiële omstandigheden, zoals gebrek aan geld, werk en perspectief? Erkent de minister derhalve dat de grootste bijdrage aan verbetering van de gezondheid verwacht kan worden van multisectoraal beleid, op het gebied van inkomens, arbeidsomstandigheden, onderwijs en milieu? Welk beleid heeft het kabinet hier ingezet en zullen verschillende maatregelen juist niet leiden tot grotere sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), zoals de maatregelen op het gebied van de WAO en de nieuwe Zorgverzekeringswet?

33.
De Algemene Rekenkamer stelde dat de aangekondigde maatregelen een fractie zijn van de maatregelen uit het kabinetsstandpunt van 2001 met betrekking tot SEGV. Zij stelde verder dat als de aanpak zoals aangegeven in de nota Preventiebeleid niet wordt aangevuld, zij het risico groot

achtte dat de beleidsdoelstelling niet wordt gehaald. Die mening is de Rekenkamer nog steeds toegedaan. Komen er aanvullende maatregelen?

32 + 33.
Uiteraard kunnen materiële omstandigheden een rol spelen bij gezond en ongezond gedrag. Met een goed gevulde portemonnee zijn de keuzemogelijkheden in bijvoorbeeld de supermarkt immers groter. Het gaat mij echter te ver om van een soort predestinatie uit te gaan waarbij burgers onder mindere materiële omstandigheden noodzakelijkerwijs ongezond gedrag gaan vertonen. Fruit is niet duurder dan een snack. Niet roken is véél goedkoper dan wel roken. De burger maakt *zelf* de keuze, waarbij wel opvalt dat groepen met een lagere sociaal-economische status vaker de verkeerde keuzes maken en ongezond gedrag vertonen. Deels heeft dit te maken met onwetendheid (bijvoorbeeld bij voeding) deels met "niet willen/kunnen" (roken). Ik zie het als taak van de overheid de burger te helpen met het maken van de juiste keuzes. Voorlichting mits aansluitend bij de belevingswereld van de doelgroep, en "prijsprikkels" zijn hierbij de geëigende instrumenten. Minder zie ik er in om exclusief te koersen op een zogenoemd multisectoraal beleid (inkomens, onderwijs *et cetera*). De effecten worden namelijk pas op de lange termijn zichtbaar. Bovendien is de relatie tussen fysieke en sociale omstandigheden enerzijds en gezond gedrag anderzijds complex en indirect. Daardoor staat de effectiviteit van exclusief multisectoraal beleid niet bij voorbaat vast.

34.
De enorme afname van roken heeft geleid tot een vergroting van de SEGV omdat vooral hoogopgeleide mensen zijn gestopt. De Algemene Rekenkamer heeft aanbevolen het beleid ten aanzien van niet roken en meer bewegen specifieker op groepen met een lage sociaal-economische status te richten. Op welke manier heeft de minister hieraan uitvoering gegeven?

34
De meest voor de hand liggende oplossing om de SEGV te verlagen is het stimuleren van roken onder hoogopgeleiden. Uiteraard is dit niet de *wenselijke* aanpak. Vrijwel elke Nederlander weet dat roken ongezond is. Toch roken heel wat mensen stug door. Voor volwassenen lijken de "grenzen van voorlichting" bereikt. Wat overblijft, is het verbieden van roken in de horeca en het verder verhogen van de accijnzen. In de praktijk blijkt overigens dat in tegenstelling tot de theorie lagere inkomens niet sterker of zelfs zwakker reageren op een prijsverhoging dan de hogere inkomens. De groepen met een lagere SES zijn in zijn algemeenheid dus moeilijker te beïnvloeden in hun rookgedrag. De aanbeveling van de Algemene Rekenhamer onderschrijf ik en voert STIVORO uit. Ik wil wel waarschuwen voor een te optimistische inschatting van de effecten van voorlichting beleid op dit terrein.

35.
De Algemene Rekenkamer heeft ook aanbevolen duidelijker aan te geven welke beleidsprestaties in het kader van het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen geleverd gaan worden om tussendoelen te stellen, bijvoorbeeld in 2007, 2011 en 2015. Wanneer komt de minister met deze VBTB-achtige doelstellingen en tussendoelen?

35.
Ik zal bezien of het mogelijk is hierover een doelstelling in de VWS-begroting 2007 op te nemen.

36.
De minister heeft bekende aanbieders van Wbo-plichtig onderzoek die geen vergunning hebben aangeschreven dat zij Wbo-plichtig zijn, de onderzoeken moeten stopzetten en een vergunning moeten aanvragen. Zijn alle onderzoeken stopgezet en zijn er vergunningen aangevraagd? Op welke manier gaat de minister er op toezien dat er geen nieuwe partijen Wbo-plichtig onderzoek zonder vergunning aanbieden? Erkent de minister dat ook niet-Wbo-plichtige preventieve onderzoeken veel negatieve gevolgen kunnen hebben? Welke middelen zijn er om dit in te dammen?

36.
In eerste instantie zijn inderdaad zorgverzekeraars die vergunningplichtige onderzoeken in hun verzekeringsvoorwaarden hebben opgenomen (zonder dat hiervoor een WBO-vergunning is verleend) aangeschreven en geattendeerd op de vergunningplicht in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO).
Waar het gaat om het verrichten van bevolkingsonderzoek in strijd met de wet, is het de Inspectie voor de Gezondheidszorg die toezicht houdt. Dit toezicht is afgelopen jaar verscherpt. Ook wordt er voorlichting gegeven over de reikwijdte van de WBO, waardoor het aantal vergunningaanvragen sterk is toegenomen. In dit kader zijn bepaalde initiatieven reeds aangepast dan wel gestopt.
Onderzoeken die mijn departement, respectievelijk de IGZ, onderkent als WBO-plichtig, bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek door een universiteit, en waarvoor als zodanig geen vergunning is verleend, worden ook aangeschreven.
De reikwijdte van de WBO is aan modernisering toe. Op dit moment vallen bepaalde risicovolle onderzoeken, zoals bijvoorbeeld onderzoek naar dragerschap van bepaalde erfelijke aandoeningen niet onder de huidige reikwijdte van de WBO. Hiertoe overweeg ik de WBO te wijzigen.
Waar het gaat om niet-vergunningplichtige preventieve onderzoeken zonder dat er sprake is van klachten of een medische aanleiding merk ik het volgende op. Voorkomen is beter dan genezen. Echter, het ongericht screenen op allerlei aandoeningen kan ook nadelen hebben vanwege onnodige ongerustheid of juist een vals gevoel van zekerheid. Deels is het aan de beroepsgroepen om hier normen voor op te stellen. Zo heeft de NHG in maart 2006 een standpunt gepubliceerd over medische check ups van mensen zonder klachten. Aan de andere kant moeten zelfonderzoek en zelftesten niet in alle gevallen als negatief beoordeeld worden. Controle over het eigen lichaam kan bijdragen aan langer gezond leven van de burger. Hierbij heeft de overheid hoogstens een informatieplicht naar de burger als 'kritische zorgconsument'.
Van de burger vragen wij de eigen verantwoordelijkheid steeds meer inhoud te geven waar het gaat om het (laten) verrichten van allerlei tests. Er blijft altijd een overgangsgebied tussen wat juist goed en (ethisch) verantwoord is, en anderzijds onder voorwaarden is toegestaan, ernstig af te raden of zelfs verboden is. Dit overgangsgebied verschuift in de loop van de jaren door nieuwe technische mogelijkheden en maatschappelijke inzichten en door testmogelijkheden die beter voorspellen en waarop actie door gedragsverandering en/of zorgverlening mogelijk is.

37.
De Gezondheidsraad verwacht het Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006 23 mei te publiceren. Naar verwachting gaat dit ook over de screening op aneurysmata van de grote lichaamsslagader in de buikholte. Kan de Kamer voor september een standpunt hierover verwachten?

37.
Ja.

38.
Een inhaalcampagne pneumokokkenvaccinatie voor alle kinderen tot een jaar acht de minister niet uitvoerbaar. Om hoeveel kinderen gaat het en om hoeveel extra contactmomenten? Waarom zou het niet mogelijk zijn dit bijvoorbeeld per 1 september te regelen, zeker gezien de hoge ziektelast ook in het eerste jaar en het feit dat de Gezondheidsraad reeds jaren op het belang van pneumokokkenvaccinatie heeft gewezen?

38.
Zie ook mijn antwoorden 5 en 6. Wanneer men uitgaat van alle kinderen die op het moment van invoeren jonger waren dan 1 jaar, gaat het om het jaarcohort kinderen dat geboren is ná 1 april 2005 en vóór 1 april 2006. Dit zijn in totaal circa 190.000 kinderen. Afhankelijk van de leeftijd bij vaccinatie, moeten 3 danwel 4 prikken gegeven worden.

In sommige gevallen kunnen deze tijdens de reguliere contactmomenten gegeven worden, in de meeste gevallen niet. In het theoretische geval dat er vanaf 1 september gestart zou worden met een inhaalcampagne voor alle kinderen geboren na 1 april 2005, zouden er ca. 600.000 contactmomenten moeten plaatsvinden. Deze moeten veelal naast de reguliere contactmomenten worden georganiseerd.
Wanneer het exact mogelijk zou zijn om een dergelijke inhaalcampagne uit te voeren, is niet zomaar te zeggen. Dit zou dan in nauw overleg met de uitvoerders bekeken moeten worden. Bij de invoering van nieuwe vaccinaties binnen het RVP wordt doorgaans een half jaar gerekend voor de invoering. Los van bovenstaande vragen zullen de kosten van een dergelijke inhaalcampagne relatief hoog zijn. Dit omdat er extra consulten moeten worden georganiseerd, terwijl de pneumokokkenvaccinatie binnen het RVP op reeds bestaande contactmomenten gegeven wordt. De gezondheidswinst die ermee behaald kan worden is kleiner dan bij pneumokokkenvaccinatie binnen het RVP. Dit komt omdat de kinderen gemiddeld ouder zullen zijn wanneer zij hun vaccinaties ontvangen. Daarmee is de winst die behaald kan worden per definitie lager dan wanneer kinderen direct vanaf de leeftijd van 2 maanden gevaccineerd worden. Daarnaast is er na de leeftijd van 8 maanden een duidelijke daling van de risico's op één van de ernstige ziektebeelden die het gevolg kunnen zijn van pneumokokkeninfectie, te weten hersenvliesontsteking. Zelfs wanneer een inhaalcampagne per 1 september van start zou kunnen gaan, zouden de jongste kinderen al 5 maanden zijn. De groep kinderen waar potentieel de meeste gezondheidswinst gehaald kan worden is dan nog relatief klein. Ik ben van mening dat de moeite en de kosten die met het organiseren van een inhaalcampagne gepaard gaan, niet in verhouding staan tot de (over de tijd steeds verder afnemende) gezondheidswinst die ermee behaald kan worden.

39.
Wat is de reactie van de minister op de vragen over uitbreiding van de jeugdtandzorg gezien de steeds slechter wordende gebitten van kinderen?

39.
In mijn brief van 2 juni 2005 (29 800 XVI) heb ik aangegeven dat ik mij zorgen maak over de verslechterende staat van de kindergebitten. Dit ondanks het feit dat de basisverzekering voorziet in een breed pakket van mondzorg voor de jeugd. Inmiddels zijn er op ambtelijk niveau gesprekken gevoerd met relevante partijen binnen de jeugdmondzorg. Met name is gesproken met GGD'en, tandheelkundige beroepsorganisaties en zorgverzekeraars die initiatieven hebben ontplooid om de jeugdmondzorg te versterken. Ook is advies ingewonnen bij het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en TNO. Het beeld dat uit deze gesprekken ontstaat is, dat er op lokaal niveau interessante doorbraakprojecten bestaan die het verdienen om landelijk navolging te krijgen. Voorbeelden zijn de aanpak van de GGD Drenthe, waarbij kinderen (of de ouders daarvan) reeds op het consultatiebureau een oproepkaart voor de tandarts krijgen en het 'tandenborstelcampagne' van zorgverzekeraar AGIS, gericht op programmatische tandheelkundige preventie op basisscholen. Ik vind deze ontwikkelingen, die elementen bevatten van de georganiseerde jeugdtandverzorging, veelbelovend. Het is aan de gemeenten om deze voorlichting verder vorm en inhoud te geven, in overleg met relevante partijen, inclusief zorgverzekeraars.

40.
Wat is de reactie van de minister op het overtreden van de regels voor marketing van flesvoeding en op de vraag om volledige overname van de WHO-code op dit punt?

40.
De wetgeving met betrekking tot zuigelingenvoeding en opvolgzuigelingenvoeding is geharmoniseerd op EU niveau en geïmplementeerd in de Nederlandse Warenwetregeling zuigelingenvoeding en opvolgzuigelingenvoeding. Ten aanzien van het overtreden van de regels geldt een verbod op reclame voor volledige zuigelingenvoeding. In 2004 heb ik de boetes voor het overtreden van de verboden inzake het aanprijzen van zuigelingenvoeding verdubbeld

naar € 900,- voor kleinere bedrijven en € 1800,- voor grotere bedrijven. Dit omdat de standaardboetes (Warenwetbesluit bestuurlijke boetes) een onvoldoende afschrikkende werking bleken te hebben. De VWA ziet toe of deze verdubbeling ertoe heeft geleid dat het aantal bedrijven dat een opgelegde boete betaalt, maar vervolgens in overtreding blijft, is afgenomen. Aan de hand van deze evaluatie zal worden bezien of verdere verhoging van de op te leggen bestuurlijke boete noodzakelijk is.
De WHO-Code, the 'International Code of Marketing of Breastmilk Subsitutes' (1981) kent een mondiale reikwijdte. In ontwikkelingslanden spelen bepaalde aspecten van de Code, waaronder een hygiënische omgang met zuigelingenvoeding en opvolgzuigelingenvoeding, een grotere rol dan in Nederland. Ik acht een volledige overname van de WHO-Code derhalve niet relevant voor Nederland.