

Vergaderjaar 2020–2021

**35 758**

## **Initiatiefnota van de leden Van Gerven en Hijink over «Nu investeren in de GGD»**

**Nr. 3**

### **BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN MEDISCHE ZORG EN VAN DE STAATSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2021

Op 19 april heeft u de Minister voor Medische Zorg en Sport verzocht om een reactie op de initiatiefnota van de SP met de titel «Nu investeren in de GGD» (Kamerstuk 35 758, nr. 2). Met deze brief komen wij daar graag aan tegemoet. Tevens doen wij hiermee motie met Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 141 d.d. 3 december 2020 van mevrouw Ploumen en de heer Renkema af en reageren wij op motie met Kamerstuk 25 295, nr. 114 d.d. 5 maart 2020 van de heer Renkema. Zo heb ik u dat ook toegezegd in het Covid-debat van 3 juni 2021. Omdat de initiatiefnota domeinen betreft van alle drie de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ontvangt u deze brief namens ons alle drie. Omdat de GGD'en niet alleen taken uitvoeren die op het terrein van VWS liggen, raakt de initiatiefnota ook domeinen van andere bewindslieden, zoals van Justitie en Veiligheid en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maar omdat de kern van de initiatiefnota het belang van de GGD voor de publieke gezondheid betreft, hebben wij onze reactie daarop gericht.

De publieke gezondheid kan op dit moment op veel aandacht rekenen. De coronacrisis heeft ons laten zien hoe belangrijk een goede publieke gezondheid is voor de samenleving. Niet alleen vanwege de maatregelen voor infectieziektebestrijding, maar ook bijvoorbeeld omdat welvaartsziekten en chronische aandoeningen, die teruggedrongen kunnen worden met een sterk publieke-gezondheidsbeleid, een risicofactor zijn voor een ernstig verloop van een covid-infectie. Wij danken de leden Van Gerven en Hijink dan ook voor hun inzet om de kwaliteit van de GGD'en te verbeteren. Wij delen hun ambitie voor sterke GGD'en als onderdeel van een sterk stelsel van publieke gezondheid in Nederland.

De komende periode zullen er evaluaties worden uitgevoerd van de aanpak van de coronacrisis (Kamerstuk 25 295, nr. 315) en van de Wet

publieke gezondheid (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 2). Verder is relevant dat tijdens de coronacrisis de evaluatie van de Wet veiligheidsregio's is gepubliceerd (Kamerstuk 29 517, nr. 198), die voor wat betreft bestrijding van gezondheids crises een nauwe samenhang kent met de Wet publieke gezondheid (Wpg) vanwege de samenwerking met de generieke crisisstructuur. Bij de begroting voor 2021 heb ik toegezegd dat de evaluatie van de Wpg in 2021 plaats zou vinden. We bezien momenteel hoe wij deze evaluatie vormgeven. Er zijn al veel elementen aanwezig voor deze evaluatie. Wij willen de evaluatie dusdanig vormgeven dat er zo min mogelijk overlap is met de evaluatie van de aanpak van de coronacrisis die door de Onderzoeksraad voor Veiligheid wordt uitgevoerd. Ook willen we bij de evaluatie zo veel mogelijk gebruik maken van andere rapporten en adviezen die zijn verschenen, zoals het advies dat het Verwey-Jonker Instituut heeft uitgevoerd en dat u als bijlage bij de brief van 18 juni jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1297) heeft ontvangen.

De initiatiefnota van de SP doet alvast een aantal voorstellen om de publieke gezondheid te versterken. Gezien de demissionaire status van het huidige kabinet zullen wij geen toezeggingen doen over invoering van SP-voorstellen, dat laten we aan onze opvolgers, maar we lichten graag toe wat onze opvatting is over de voorstellen.

### *Algemene reactie*

In de initiatiefnota beschrijven de leden Van Gerven en Hijink de bestuurlijke inbedding van de GGD'en en de taken en organisatie van de GGD'en. De leden hebben signalen verzameld van betrokkenen die aangeven dat de rek eruit is bij de GGD'en en dat er (ernstige) tekortkomingen zijn die opgelost moeten worden. De leden hebben daartoe 13 beslispunten geformuleerd, waar wij in deze brief op zullen reageren. Eerst gaan we daarvoor dieper in op een aantal grotere onderwerpen die terugkomen in de initiatiefnota en we eindigen met een reactie per beslispunt. In deze brief gaan we niet uitgebreid in op het thema gezondheidsbevordering, omdat de Staatssecretaris u daar net op 7 juli jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 558) een uitgebreide brief over heeft gestuurd. We hebben ook besloten om niet in te gaan op alle gegevens die in de initiatiefnota zijn opgenomen, omdat de opstellers zelf al heel nauwkeurig hebben aangegeven op basis van welke bronnen zij de informatie verzameld hebben.

De leden van de SP leggen in hun initiatiefnota de focus op de capaciteiten van de GGD'en. De GGD'en zijn wat ons betreft een hele belangrijke schakel in de publieke gezondheid, maar zeker niet de enige. Volgens sommige denkmodellen bestaat de kernstructuur van de publieke gezondheid uit de samenwerking tussen gemeenten, GGD'en, RIVM en VWS, maar de publieke gezondheid, in het bijzonder de zorg voor kwetsbare groepen in de samenleving, wordt door vele organisaties en professionals vormgegeven en ondersteund, waaronder ook veel maatschappelijke en vrijwilligersorganisaties. In zijn algemeenheid willen we de commissie daarom adviseren ervoor te waken om een discussie over de versterking van de publieke gezondheid te verengen tot een discussie over de GGD of over instituties. Van belang is dat de publieke gezondheid goed functioneert. Geen enkele organisatie kan daar alleen voor zorgen.

De leden van de SP verwachten een belangrijke verbetering door landelijke sturing op de publieke gezondheid inclusief landelijke financiering. In zijn algemeenheid willen wij reageren dat wat ons betreft landelijke organisatie en financiering van taken niet per se beter zijn dan lokale of regionale organisatie en financiering van taken. Alle vormen van

organisatie en financiering kennen voor- en nadelen. Er is bij de totstandkoming van de huidige Wpg heel bewust gekozen voor een wet op basis van medebewind (rijksoverheid en gemeenten) met handhaving van een decentrale uitvoering door gemeenten, GGD'en en andere door de gemeenten aangestelde organisaties, die optimaal kan aansluiten bij de lokale en regionale situatie, en met landelijke ondersteuning en coördinatie door het RIVM en een richtinggevende Landelijke Nota Gezondheidsbeleid vanuit de rijksoverheid. De coronacrisis heeft het stelsel van de Wpg echter op de proef gesteld. We moeten daarvan leren en het stelsel verbeteren. Met het omgooien van de structuur zouden we ook de positieve kanten van het huidige stelsel met het badwater kunnen weggooien. Daar moeten we voor waken.

### **Wettelijke taken GGD**

Bij de behandeling van de begroting van VWS op 3 december 2020 hebben de leden Ploumen en Renkema een motie ingediend (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 141) waarin zij het kabinet verzoeken om een brief te sturen met een beschrijving van de wettelijke taken van de GGD. De motie is op 8 december jl. met meerderheid van stemmen aangenomen. In een eerdere brief van 28 augustus 2014 zijn de wettelijke taken van de GGD op basis van de Wpg beschreven (Kamerstuk 32 620, nr. 132). De verdeling van taken uit de Wpg die in deze brief is beschreven, is op dit moment van toepassing. We willen u daarbij in het bijzonder wijzen op de beschrijving van de taken die belegd moeten zijn bij de GGD op p. 13–15, waaronder de taken op het terrein van infectieziektebestrijding. Het Stimuleringsprogramma publieke gezondheid dat ook in die brief werd aangekondigd en in de initiatiefnota van de SP wordt aangehaald, is in 2017 afgerond. U bent over de resultaten daarvan geïnformeerd op 12 september 2017 (Kamerstuk 32 620, nr. 277). Mogelijk dat het versterkingstraject dat we de komende jaren met elkaar zullen doorlopen, inclusief de eerdergenoemde evaluaties en conclusies uit de discussienota «Zorg voor de toekomst» (Kamerstuk 31 765, nr. 548), leidt tot nieuwe wensen ten aanzien van de taakverdeling tussen VWS, RIVM, GGD'en, gemeenten en veiligheidsregio's. In dat geval zal het nieuwe kabinet voorstellen doen voor een aanpassing van het wettelijke takenpakket van de GGD'en en andere organisaties.

### **Jeugdgezondheidszorg**

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) draagt bij aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen in Nederland en wordt actief aangeboden aan alle kinderen en jongeren tot 18 jaar door GGD'en en andere JGZ-uitvoerders. Het Rijk heeft in de Wet publieke gezondheid en het bijbehorende Besluit publieke gezondheid de kaders voor de JGZ vastgelegd, waarin staat dat het aan de colleges van burgemeester en wethouders is om te besluiten door welke partij de JGZ uitgevoerd wordt.

De JGZ ziet bijna alle kinderen en volgt ze in hun ontwikkeling en biedt een unieke infrastructuur om kinderen en ouders te bereiken. Deze combinatie van kenmerken maakt dat de JGZ een centrale positie heeft in de preventieketen voor kinderen en in het vroegtijdig signaleren van problemen. Dit geldt zowel voor de relatie naar de curatieve zorg als naar de jeugdhulp en het bredere sociale domein. De constatering in het eerdergenoemde rapport van het Verwey-Jonker Instituut dat een versterking van preventie de noodzaak tot het versterken van de jeugdgezondheidszorg vergt, sluit hierop aan. Het is aan een nieuw kabinet om met alle betrokken partijen, de opdrachtgevers van de JGZ, de JGZ-uitvoerders en de ketenpartners van de JGZ, de versterking van de jeugdgezondheidszorg verder uit te werken. Belangrijke thema's hiervoor zijn kinderen en gezinnen in een kwetsbare situatie, een visie op de

JGZ-arbeidsmarkt van de toekomst en de doorontwikkeling en governance van de digitalisering binnen en met de JGZ.

In de Wet publieke gezondheid en het bijbehorende Besluit publieke gezondheid zijn de werkzaamheden van de JGZ uitgewerkt en wordt benoemd welke aspecten deze werkzaamheden moeten omvatten. Dat is het Basispakket jeugdgezondheidszorg en het bestaat uit taken op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Dit Basispakket kan gezien worden als een «landelijk basispakket preventie» voor alle kinderen. Daarbij wordt gekeken naar wat welk kind nodig heeft en kan een gemeente meer of juist wat minder begeleiding aanbieden als dat nodig is.

Gemeenten kunnen daarnaast ook JGZ-personeel inzetten voor specifieke programma's of (groeps)activiteiten in het kader van preventie op basis van de Jeugdwet, zoals Voorzorg, M@zl en opvoedcursussen. Deze preventieve activiteiten uit de Jeugdwet kenmerken zich, in tegenstelling tot het aanbod uit het Basispakket JGZ dat volgens de Wet publieke gezondheid aan ieder kind wordt aangeboden, door maatwerk. Maatwerk dat afgestemd wordt op de behoefte van het kind en/of gezin. Hierbij speelt dat gemeenten hun eventuele intensievere inzet afstemmen op de lokale problematiek en risico's. De SP stelt voor om de concrete preventieve programma's die gemeenten kunnen inzetten voor kinderen, wettelijk vast te leggen. Gelet op het basistakenpakket JGZ dat al in de wet is vastgelegd, vinden wij dat gemeenten de vrijheid moeten hebben om naar bevind van zaken een keuze te maken welke concrete programma's zij in willen zetten. Kern hierbij is het goed opdrachtgeverschap van de gemeente. Daar ligt de verantwoordelijkheid en de toetsing op kwaliteit om de juiste keuzes te maken. Bovendien worden dergelijke programma's voortdurend verbeterd of worden nieuwe effectieve programma's ontwikkeld. Een wet biedt geen ruimte om snel op deze ontwikkelingen in te spelen. In de Wet publieke gezondheid is juist gekozen voor medebewind door gemeenten op het terrein van de uitvoering van de JGZ om maatwerk te kunnen leveren op lokaal niveau. Daar past de verplichte inzet van programma's gericht op een specifieke doelgroep voor alle kinderen niet bij. GGD'en en de andere uitvoerders van de JGZ kunnen hun opdrachtgevers (de gemeenten) op lokaal en/of regionaal niveau adviseren over bijvoorbeeld de gezamenlijke inkoop en inzet van bewezen effectieve interventies voor kinderen, samen met andere partijen uit het curatieve en sociale domein.

De SP stelt in de initiatiefnota voor om wettelijk vast te leggen dat de colleges van B&W de JGZ verplicht moeten onder brengen bij een GGD. Het is ons uit de initiatiefnota niet duidelijk met welke reden zij dat voorstelt. Tot op heden hebben wij ook geen signalen ontvangen dat verandering van de organisatorische vormgeving gewenst is. Het inhoudelijke belang van een goede uitvoering van de JGZ als onderdeel van de publieke gezondheidszorg staat voor ons voorop. Uit de praktijk blijkt dat de visie op de uitvoering van de JGZ en de positionering van de JGZ in de hele preventieketen voor het kind op lokaal niveau, hiervoor bepalend is. Daarom zal het nieuwe kabinet het met de JGZ-sector, de gemeenten en de ketenpartners van de JGZ hebben over de vraag hoe we het inhoudelijk belang van de JGZ voor de publieke gezondheid beter naar voren kunnen laten komen. Eventuele besluitvorming over verandering in de organisatorische inbedding van de JGZ laten wij over aan een volgend kabinet, te meer omdat een dergelijke verandering grote consequenties met zich meebrengt.

### **Gezondheidsverschillen**

Helaas is het momenteel zo dat wie armer en lager opgeleid is, gemiddeld korter en in minder goede gezondheid leeft. Mensen met een hoog

opleidingsniveau leven gemiddeld 6 jaar langer<sup>1</sup>, en bijna 14 langer in goed ervaren gezondheid dan mensen met een laag opleidingsniveau<sup>2</sup>. Om deze reden is het verkleinen van gezondheidsachterstanden een van de vier prioritaire thema's in de Landelijke nota gezondheidsbeleid (LNG) uit 2020 (Kamerstuk 32 793, nr. 481) en wordt er aan deze problematiek gewerkt via onder andere het programma Kansrijke Start, het Nationaal Preventieakkoord en het stimuleringsprogramma Gezond In De Stad. Wij vinden het van groot belang dat nieuw beleid en maatregelen bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden, of deze op zijn minst niet vergroten, en we zouden ook willen bevorderen dat beleid van andere bewindslieden en overheden positief bijdraagt aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. We richten ons beleid daarom bijvoorbeeld ook op het versterken van de bestaanszekerheid en het vergroten van het positief gezondheidspotentieel van mensen in kwetsbare posities.

Of het toetsen van elke maatregel en elk beleidsvoorstel van het kabinet op de effecten op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, zoals de leden Hijink en Van Gerven voorstellen, daar ook een geschikt middel voor is, weten wij echter niet. Het zou zorgen voor een forse extra administratieve druk op wet- en regelgeving en gezondheidsadviseurs, terwijl we niet direct kunnen zeggen hoeveel gezondheidswinst dat zou opleveren. We vinden het echter een interessante gedachte die we graag meegeven aan het nieuwe kabinet.

### **Slagkracht GGD'en**

De leden Van Gerven en Hijink halen in de initiatiefnota verschillende sprekers aan die van mening zijn dat er in de afgelopen jaren onterecht veel bezuinigd is op de GGD'en en dat daardoor de rek eruit is gegaan bij de GGD'en, ook bij de infectieziektebestrijding. Dat beeld is voor ons minder duidelijk. In hoeverre de financiering van de GGD'en passend is bij de taken die ze hebben, is lastig te beoordelen. De bestrijding van de covid-pandemie heeft ons, net als de leden van de Tweede Kamer, laten zien dat de GGD'en niet direct voldoende capaciteit hadden om een uitbraak van een epidemie van deze omvang op te kunnen vangen, maar dat is nog iets anders dan dat zij ook onvoldoende capaciteit hebben voor hun dagelijkse taken. Het zoeken van de juiste intensiteit van taken en de bijbehorende financiering is een iteratief proces van onderhandelingen tussen professionele uitvoeringsdiensten en bestuurders. De afgelopen jaren is er ongetwijfeld bezuinigd op GGD'en, maar dat daarmee sprake zou zijn van «afbraak van de GGD'en» of «kaalslag» zoals de leden van de SP stellen, vinden wij vooralsnog veel te ver gaan en zien wij ook niet onderbouwd worden in de initiatiefnota.

Het lijkt ons echter zeer terecht dat het nieuwe kabinet in de komende periode beoordeelt of en hoe de slagkracht van de GGD'en verbeterd kan worden. Wij adviseren het nieuwe kabinet om daarbij gebruik te maken van het eerdergenoemde advies van het Verwey-Jonker Instituut, de evaluaties van covid-19 en de Wet publieke gezondheid die nog gaan volgen en rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over de GGD'en die in de afgelopen jaren zijn verschenen. Ook de relatie met de evaluatie van de Wet veiligheidsregio's moet daarbij betrokken worden. Als er overeenstemming is over de benodigde versterkingen en er een plan voor versterking is uitgewerkt, lijkt het ons ook een geschikt moment om het onafhankelijke onderzoek naar de passende financiering te laten uitvoeren, waartoe de heer Renkema bij de start van de covid-crisis in maart 2020 met een motie heeft opgeroepen (Kamerstuk 25 295, nr. 114). Ook zou daarbij wat ons betreft goed gekeken moeten worden naar de

<sup>1</sup> <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting>

<sup>2</sup> <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid>

intensievere rol die de GGD'en moeten vervullen bij het opstellen en uitvoeren van omgevingsagenda's en nationale, provinciale en lokale omgevingsvisies in het kader van de Omgevingswet, om ervoor te zorgen dat gezondheid goed gewogen kan worden bij besluitvorming over de leefomgeving en kansen voor gezondheidswinst benut kunnen worden.

### **Instroom en opleiding van artsen**

Het coronavirus heeft nogmaals het belang van een sterke publieke gezondheidszorg benadrukt en daarmee ook de rol van de artsen die zich bij een GGD inzetten voor gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en de jeugdgezondheidszorg. Gelet op deze belangen financiert VWS sinds 2008 structureel de opleidingen van artsen die op basis van de Wet publieke gezondheid bij een GGD moeten werken, te weten de artsen infectieziektebestrijding, medisch milieukundigen en TBC-artsen. De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is ook een wettelijke taak op grond van de Wet publieke gezondheid. De colleges van B&W kunnen de uitvoering van deze taak (deels) bij een GGD beleggen, maar ook bij een andere uitvoeringsorganisatie. De opleiding van jeugdartsen wordt ook sinds 2008 structureel door VWS gefinancierd. Het doel in 2008 was landelijk samenhangende sturing en regie op het opleiden op geleide van ramingen van het Capaciteitsorgaan (CO) gekoppeld aan centrale financiering. Deze sturing en centrale financiering door VWS van de opleiding hebben tot een hogere instroom geleid maar waren onvoldoende om de gewenste verhoging van de instroom te realiseren en daarmee ook de uitstroom op deze profielen. Daarom is een samenhangend – met veldpartijen afgestemd – pakket van maatregelen gericht op het bevorderen van de instroom ter hand genomen. Als onderdeel daarvan worden sinds 2019 de zgn. «Wpg-artsen» opgeleid via centraal werkgeverschap bij de SBOH. Alle artsen in opleiding (aios) hebben daarmee, met de SBOH als werkgever, dezelfde primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden gedurende hun opleiding. Zo is een mogelijke belemmering voor basisartsen weggehaald om deze opleidingen te starten. Voor het bepalen van de toegestane instroom voor deze artsen die op het terrein van de publieke gezondheid werken, ontvangt VWS advies van het CO. VWS volgt de voorkeursadviezen van het CO binnen de beschikbare financiële mogelijkheden. Het CO raamt de gewenste instroom in de opleidingen op basis van onder andere de te verwachten behoefte aan zorgprofessionals op de lange termijn op basis van objectieve data. Het CO heeft het afgelopen jaar, samen met ActiZ en GGD GHOR Nederland, een pilot uitgevoerd met een personeelsapplicatie t.b.v. de publieke gezondheidszorg. Dit moet een meer compleet en actueel overzicht geven in zowel de bezetting als de vacatures van artsen en verpleegkundigen in de publieke gezondheidszorg. Het is de verwachting dat de *pilot* in de loop van dit jaar wordt uitgebreid en dat er dan mogelijk in 2022 betrouwbaardere gegevens komen over de medische disciplines in de publieke gezondheidszorg. Afgelopen april kregen wij van de sector het signaal dat er meer animo was voor de opleiding voor de 1<sup>e</sup> fase artsen infectieziekten bestrijding en de 2<sup>e</sup> fase jeugdartsen dan beschikbare opleidingsplaatsen. Gelet op het belang van deze artsen op het terrein van gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming, heeft de Minister voor MZS het Capaciteitsorgaan gevraagd om nog dit jaar tussentijdse adviezen uit te brengen over de benodigde instroom in deze opleidingen. Wanneer daaruit blijkt dat er meer opleidingsplaatsen nodig zijn, zal worden bezien in hoeverre het aantal beschikbaar gestelde plaatsen hierop kan worden aangepast, zo mogelijk begin 2022. Vooruitlopend daarop heeft de Minister ermee ingestemd dat in september 2021 gebruik gemaakt kan worden van de getoonde animo voor de opleiding tot arts infectieziektenbestrijding, door versneld 7 plaatsen beschikbaar te stellen van 2022 naar 2021.

We voorzien een grotere verschuiving van curatieve zorg naar preventieve zorg. Dit vraagt wellicht ook om een andere rol en een andere opleiding van artsen. Omdat het opleiden van goede professionals veel tijd vergt, wordt nu al door en met betrokken uitvoerders en werkgevers van de GGD, JGZ-uitvoerders en andere betrokken veldpartijen en zorgverleners nagedacht over dit lange-termijn-perspectief. Vanuit dit perspectief zal vervolgens moeten worden bepaald wat er nodig is voor het opleiden van deze artsen. Wij zouden met elkaar inzichtelijk moeten krijgen wat de wensen en behoeften zijn nu en in de toekomst. En dat vervolgens vertalen naar wat dit betekent in termen van capaciteit, functies, wetenschappelijke inbedding en digitale inzet. Ook hier laat de crisis zien dat er veel meer kan op het vlak van inzet van technologische ondersteuning, dat de sector opnieuw het gesprek moet aangaan over wie wat mag en kan uitvoeren en wat voor een type persoon je nodig hebt. Verder willen we graag benoemen dat het voor de kwaliteit van het werk van de GGD'en en de publieke gezondheid niet alleen gaat om de instroom en opleiding van artsen, maar ook om andere deskundigen zoals verpleegkundigen, epidemiologen, toxicologen etc. Een andere rol voor artsen heeft ook gevolgen voor de rol en taken voor deze professionals. Ook de rol en capaciteit van deze professionals zal hierbij derhalve in ogenschouw moeten worden genomen.

### **Sturing op de GGD'en**

Het is verleidelijk om landelijke sturing op de GGD'en te zien als oplossing voor gebreken die tijdens de bestrijding van covid-19 naar voren zijn gekomen. Om hier een goed onderbouwd besluit over te kunnen voorbereiden hebben we het eerdergenoemde advies van het Verwey-Jonker Instituut laten opstellen. In het huidige stelsel is een mogelijkheid opgenomen om in geval van uitbraken van infectieziekten uit groep A landelijk te sturen op de verantwoordelijkheid van voorzitters van de veiligheidsregio's (artikel 7 van de Wpg). De voorzitters van de veiligheidsregio's dragen bij een uitbraak van een A-ziekte zorg voor de uitvoering van het bestrijdingsbeleid, inclusief de taken van de GGD'en<sup>3</sup>. Daarmee was landelijke sturing mogelijk, maar dat maakte een snelle opschaling van de taken van de GGD'en niet per se mogelijk of eenvoudiger. Om die reden adviseren we dat het nieuwe kabinet het advies van het Verwey-Jonker Instituut en de evaluaties van de bestrijding van covid-19 en de Wpg gebruikt om verbeteringen door te voeren in het stelsel van publieke gezondheid, waarbij ook gekeken wordt naar de mogelijkheid om landelijke sturing vanuit het Ministerie van VWS op de GGD'en te versterken. We willen dat die analyse zorgvuldig gemaakt wordt, omdat een versterking van de landelijke sturing voordelen kan hebben, maar ook een substantiële verandering betekent van de verhoudingen tussen organisaties, taken en stelsels en daarmee ook allerlei neveneffecten kan hebben op de dagelijkse organisatie van de infectieziektebestrijding en het stelsel van crisisbeheersing in Nederland. Ook de aanbevelingen uit de evaluatie van de Wet veiligheidsregio's, die onder andere betrekking hebben op de rollen van de GHOR en de regionale overleggen acute zorg (ROAZ), moeten hierbij betrokken worden. Uit de verkenning van het Verwey-Jonker Instituut blijkt onder andere dat nagedacht moet worden over een centrale landelijke functionaliteit ten behoeve van de ondersteuning van de uitvoering van infectieziektebestrijding bij infectieziekte-

<sup>3</sup> De beschrijving van de bestuurlijke verantwoordelijkheden in paragraaf 9 van de initiatiefnota is op dit punt wat ons betreft niet correct. De GHOR heeft geen bestuurlijke verantwoordelijkheid. Het openbaar bestuur bestaat bij uitbraken van A-infectieziekten uit de Minister van VWS en de voorzitters van de veiligheidsregio's: de Minister van VWS geeft leiding aan de bestrijding van een A-ziekte (artikel 7, Wpg), de voorzitters van de veiligheidsregio's dragen zorg voor de bestrijding van een uitbraak van een A-ziekte (artikel 6, Wpg).

crises met landelijke impact. Samen met de GGD'en, het RIVM, gemeenten, het Ministerie van JenV en de veiligheidsregio's zal het idee van de landelijke functionaliteit en de inpassing daarvan binnen de generieke afspraken over crisisbeheersing de komende maanden verder ambtelijk worden verkend en uitgewerkt. Inbedding bij het RIVM is daarbij door het Verwey Jonker Instituut genoemd als een mogelijke optie, die nader onderzoek verdient.

### **Klaar voor de crisis**

In veel analyses in media en in Kamerdebatten is geconcludeerd dat de GGD'en niet klaar waren voor de coronacrisis. Veel capaciteiten die de GGD'en de afgelopen periode hebben moeten inzetten, waren bij de start van de uitbraak niet voorbereid en niet beschikbaar. Wij willen daarom ook vooral onze bewondering en waardering uitspreken voor de inzet die de GGD'en in het afgelopen jaar hebben getoond om al die taken toch zo goed mogelijk te organiseren en uit te voeren. En voor de ondersteuning die zij daarbij gekregen hebben van andere organisaties, zoals van het RIVM en de JGZ. Al die organisaties hebben door het grote beroep dat het afgelopen jaar op hen is gedaan, andere taken tijdelijk moeten afschalen of moeten uitstellen en dat is voor zo'n lange periode kwetsbaar voor de reguliere publieke gezondheid.

Onze handen, en we denken die van iedereen die een rol heeft gespeeld bij deze crisis, jeuken om aan de slag te gaan met verbetermaatregelen. Bij de bestrijding van covid-19 zijn we op een aantal kwetsbaarheden in het stelsel van publieke gezondheid gestuit en er is een brede versterking nodig van de voorbereiding op pandemieën. Dat gaat zowel om de versterking van de GGD'en in hun rol tijdens een crisis als om de andere partijen in het stelsel van publieke gezondheid en om de samenwerking met en tussen partijen in andere stelsels zoals de curatieve en langdurige zorg en de generieke crisisbeheersing.

Iedereen heeft op dit moment ideeën om de infectieziektebestrijding te verbeteren. Daarbij willen wij echter wel uw aandacht vragen voor drie belangrijke ervaringslessen uit de crisisbeheersing:

- wat je zelden doet, doe je zelden goed;
- bereid je niet voor op de laatste crisis, en;
- kijk uit voor de risico-regelreflex.

De meeste mensen in Nederland hebben niet eerder meegemaakt dat er een lockdown werd ingevoerd en dat er gedurende zo'n lange periode allerlei maatregelen nodig waren om infecties te voorkomen. Een pandemie doet zich niet vaak voor en dat maakt het extra lastig om ons erop voor te bereiden. De capaciteiten en voorzieningen die we nodig hebben om met een pandemie om te gaan, hebben we maar heel zelden nodig. De ervaring leert ons dat het heel moeilijk is om dat soort voorzieningen goed voor te bereiden en op een hoog kwaliteitsniveau te organiseren. We kunnen daarbij oplossingen bedenken voor knelpunten die zich hebben voorgedaan bij de bestrijding van covid-19, maar de volgende keer gaat het om een andere crisis en zijn er waarschijnlijk ook andere oplossingen nodig. We moeten dus robuuste oplossingen uitwerken die van toepassing zijn op meerdere scenario's en niet alleen de knelpunten oplossen die we zijn tegengekomen bij covid-19. De derde belangrijke les is om niet voor elk risico dat tot een crisis heeft geleid, nieuwe regels of organisatiestructuren in te voeren. Dat oogt vaak daadkrachtig en oplossingsgericht, maar risico's zijn ook onderdeel van het leven en kunnen we nooit helemaal uitsluiten. Het is daarom belangrijk om zorgvuldig te blijven overwegen of nieuwe regels en organisatiemodellen een echte verbetering en proportionele oplossing



bieden voor de risico's. Het is aan het nieuwe kabinet om daar met uw Kamer over in overleg te gaan.

## Reactie per beslispunt

In de tabel hieronder geven wij per beslispunt nog een korte reactie.

	<i>Beslispunt initiatiefnota</i>	<i>Reactie</i>
1	Formeer een landelijke crisisinfrastructuur: een crisisteam bij het RIVM en een flexibele schil	Wij adviseren het nieuwe kabinet voorstellen uit te werken om GGD-taken beter op te kunnen schalen in geval van een crisis. We gaan een advies uitwerken om een landelijke functionaliteit in te richten en mogelijk onder te brengen bij het RIVM, die waar nodig wordt aangesloten bij de generieke landelijke crisisstructuur.
2	Investeer in de GGD'en	Wij adviseren het nieuwe kabinet om de slagkracht van de GGD'en te herbeoordelen en te zorgen voor voldoende en structurele financiering van de publieke gezondheid.
3	Financier de GGD'en landelijk in plaats van via gemeenten, bijvoorbeeld via een preventiefonds. Leg het budget langjarig vast en bepaald aan de hand van bevolkingssamenstelling en te leveren prestaties.	Wij adviseren het nieuwe kabinet om voldoende en structurele financiering beschikbaar te stellen voor publieke gezondheid. We zijn er nog niet van overtuigd dat landelijke financiering beter is dan financiering via de gemeenten. Wij zien vanuit gezondheidsperspectief wel het voordeel van een financieringswijze waarbij geld voor de publieke gezondheid wordt gereserveerd, zodat het niet voor andere taken kan worden ingezet. Wat daarvoor een geschikte wijze is, is echter een vraagstuk dat breder bekeken moet worden.
4	Stel de capaciteit af op taken en preventie: zorg voor voldoende capaciteit, investeer in opleiding van professionals, stel normen vast en voldoe hieraan.	Wij adviseren het nieuwe kabinet samen met betrokken uitvoerders en opdrachtgevers van de GGD en de jeugdgezondheidszorg en andere in de preventieketen betrokken partijen een visie te ontwikkelen op de arbeidsmarkt van de toekomst op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering en wat dit betekent voor het benodigde opleidingsbeleid. Deze input kan door de sector ingebracht worden bij het Capaciteitsorgaan. De adviezen van het Capaciteitsorgaan worden door VWS gevolgd binnen de financiële mogelijkheden bij het bepalen van de instroom. Dit besluit wordt met de TK gedeeld.
5	Evalueer de Wet publieke gezondheid en kom op basis van de resultaten tot een vervolg op het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid	Het is inderdaad de bedoeling dat de Wpg geëvalueerd wordt. Naar aanleiding van geleerde lessen verwachten wij dat, in samenhang met de evaluaties van covid-19 en de Wet veiligheidsregio's, een versterkingsplan voor de publieke gezondheid opgesteld zal worden. Dat zou je een vervolg op het stimuleringsprogramma kunnen noemen.
6	Maak de Minister bestuurlijk verantwoordelijk in de Wpg bij A-ziekten. Maak helder wat wordt verstaan onder bestuurlijke verantwoordelijkheid en realiseer een sterke rol voor de directeur publieke gezondheid in de regio.	In de Wpg is al opgenomen dat de Minister van VWS leiding geeft aan een uitbraak van een infectieziekte A. Met de lessen van covid-19 en de verschillende evaluaties kunnen we nu wel beter gaan uitwerken wat dat in de praktijk betekent en daar eventueel de wet op aanpassen, in samenhang met het vervolgtraject op het kabinetstandpunt evaluatie Wet veiligheidsregio's (wettelijk kader crisisbeheersing en brandweerzorg) waarvoor de Minister van JenV verantwoordelijk is. Een cruciale schakel tussen deze twee wetten is wat ons betreft de rol van de regionale directeur publieke gezondheid.
7	Maak een update van het onderzoek «GGD in beeld» en betrek dit onderzoek bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)	Ons advies aan het nieuwe kabinet is om na het uitwerken van een versterkingsplan, te beoordelen of de GGD'en in staat zijn hun taken goed uit te voeren. Of dat het beste met een update van het onderzoek «GGD in beeld» gedaan kan worden, kunnen we nu niet beoordelen.
8	Maak de gezondheidsplannen van de GGD afrekenbaar	Wij zijn het niet met de indieners van de initiatiefnota eens dat de GGD'en niet gecontroleerd worden. Op dit moment stellen de gemeenten de taken van een GGD vast via een gemeenschappelijke regeling. De gemeenten beoordelen of die taken goed uitgevoerd worden en verantwoorden zich daarover aan de gemeenteraden. De kwaliteit van de uitvoering van de wettelijke taken van de GGD valt onder het toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (artikel 64, Wpg).
9	Benchmark de GGD'en om te kijken welke GGD extra ondersteuning nodig heeft	De benchmark die GGD'en zelf gebruiken om van elkaar te leren, kan niet op die manier gebruikt worden. We betwijfelen dat een benchmark die specifieke informatie op kan leveren, maar een benchmark zou kunnen bijdragen aan het volgen van ontwikkelingen en het signaleren van bijzonderheden op basis waarvan gesprekken gevoerd kunnen worden.
10	Toets wetten en voorstellen op effecten sociaaleconomische gezondheidsverschillen	We adviseren het nieuwe kabinet om in te zetten op beleid om gezondheidsachterstanden te verkleinen. We weten niet of een toets op wetten en voorstellen daarvoor een geschikt middel is, maar dat kan daarbij overwogen worden.

	<i>Besispunt initiatiefnota</i>	<i>Reactie</i>
11	Stel een landelijk basispakket preventie vast en leg wettelijk vast dat de jeugdgezondheidszorg door de GGD'en wordt uitgevoerd	We zijn er niet van overtuigd dat een landelijk basispakket preventie een meerwaarde heeft ten opzichte van het Basispakket jeugdgezondheidszorg. Ter versterking en verbetering van de uitvoering en de governance van de JGZ adviseren wij het nieuwe kabinet te verkennen of en op welke wijze een bestuurlijk akkoord JGZ met gemeenten, JGZ-uitvoerders en andere partijen uit de preventieketen voor het (kwetsbare) kind een bijdrage kan leveren aan de versterking van het preventiebeleid.
12	Voeg aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe	We adviseren het nieuwe kabinet om te onderzoeken of er in de Wet publieke gezondheid concreet benoemd kan worden dat er preventief aanbod moet komen op de doelgroep kwetsbare zwangeren en kwetsbare kinderen zodat het voor gemeenten duidelijk is op welke elementen het preventiebeleid zich richt. Daarnaast adviseren we het nieuwe kabinet de inkoop van preventieve programma's aan gemeenten over te laten zodat zij in staat zijn lokaal maatwerk te leveren.
13	Geef de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg weer een plek in de Wet publieke gezondheid	OGGZ-taken hebben nooit deel uitgemaakt van de Wpg. De OGGZ-taken die in de voormalige Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) waren opgenomen, zijn destijds ondergebracht in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk voor de OGGZ. In veel gemeenten voeren GGD'en deze taken uit. GGD'en voeren ook taken uit voor andere wetten dan de Wpg. Het is niet nodig om daarvoor taken naar de Wpg over te hevelen.

We gaan ervan uit dat we hiermee goed gereageerd hebben op uw verzoek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis