

Vergaderjaar 2020–2021

**35 758**

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

**Nr. 2**

### **INITIATIEFNOTA**

#### **1. Voorwoord**

Begin 2020 werd COVID-19 in Nederland geconstateerd. Een crisis die, sinds de Tweede Wereldoorlog, haar gelijke niet kent. Het afgelopen jaar heeft veel van Nederland gevraagd en dat zal nog lange tijd het geval zijn.

Een essentiële rol in de aanpak van COVID-19 wordt gespeeld door de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), bijvoorbeeld als het gaat om het bron- en contactonderzoek. Ook spelen zij een grote rol in het testbeleid en het laboratoriumonderzoek naar de voor de test genomen monsters, terwijl dit volgens de Wet publieke gezondheid geen taak van de GGD'en is. Normaliter zijn de GGD'en al duizendpoten. Maar nu rust er een heel grote verantwoordelijkheid op de schouders van de GGD'en.<sup>1</sup> Een snelle en enorme opschaling is van hen gevraagd, iets waar ze geen ervaring mee hebben.<sup>2</sup> Steeds duidelijker wordt dat de GGD'en onvolgende zijn toegerust om te voldoen aan de grote druk die op hen gelegd wordt en de taken die zij dienen uit te voeren. In deze initiatiefnota worden de ontwikkelingen van de GGD'en over de afgelopen decennia beschreven, bijvoorbeeld op het gebied van het aantal voltijds werkzame personen (fte) en budgetten. Op basis van deze analyse formuleren de indieners een dertiental beslispunten die bijdragen aan een toekomstbestendige GGD.

#### **2. Inleiding**

Duidelijk is dat de afbraak van de GGD'en al jarenlang speelt en al bijna even lang wordt gesignaleerd en geagendeerd. Zeker als het gaat om infectieziektebestrijding, maar het geldt ook voor andere taken die tijdens een pandemie cruciaal zijn, zoals medische milieukunde (bijvoorbeeld

<sup>1</sup> «Help, de GGD verzuipt! De coronacrisis legt de kwetsbaarheid van de GGD's bloot». ([https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email))

<sup>2</sup> «Waarom de GGD'en operationele slagkracht missen». (<https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-ggden-operationele-slagkracht-missen/>)

ventilatieproblemen in het onderwijs<sup>3, 4</sup>) en technische hygiënezorg. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de capaciteit daalde tot onder de (veld)normen (bij bijvoorbeeld infectieziekteartsen, infectieziekteverpleegkundigen en epidemiologen) en dat de bestrijding van infectieziekten kwetsbaar was. Helaas is preventie geen sexy onderwerp in de politiek. De Tweede Kamer heeft de jarenlange bezuinigingen op de GGD'en toegelaten.<sup>5</sup> Nu het belang van een goede GGD voor iedereen duidelijk is, is het tijd om structureel actie te ondernemen. Zo moeten de GGD'en voldoende capaciteit en mogelijkheden hebben om al hun taken goed uit te voeren en er moet aandacht zijn voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). Aandacht voor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen is extra van belang gezien het feit dat het Centraal Bureau voor de Statistiek (het CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (het RIVM) in het trendscenario tot 2040 hierover niet optimistisch zijn.<sup>6</sup> Bij ongewijzigd beleid nemen de verschillen eerder toe. Aandacht voor preventie en een goed functionerende GGD blijven dus zeer belangrijk.

### 3. De GGD en haar taken

Er zijn thans 25 GGD'en in Nederland. Een GGD werkt meestal voor verschillende gemeenten. Het inwonersaantal van de gemeente(n) waarvoor één GGD werkt varieert zeer, van circa 250.000 tot ruim 1.3 miljoen.<sup>7, 8</sup>

#### 3.1 Taken van de GGD

Op dit moment hebben de GGD'en een belangrijke taak in het bron- en contactonderzoek, het testbeleid en het laboratoriumonderzoek naar deze monsters. De (medisch georiënteerde) wettelijke taken van de GGD'en vallen binnen vier pijlers, zoals benoemd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en zoals vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (de Wpg).<sup>9</sup>

De vier pijlers zijn:<sup>10</sup>

- (1). monitoring, signalering, advisering
- (2). uitvoerende taken gezondheidsbescherming: waaronder infectieziektebestrijding
- (3). publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises
- (4). toezicht houden

De aanpak van en de betrokken partijen bij de meer maatschappelijk georiënteerde taken verschillen per gemeente.<sup>11</sup> De invulling van de verschillende taken is mede-afhankelijk van de keuzes die gemeenten

<sup>3</sup> «Corona en ventilatie schoolgebouwen». (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/ouders-scholieren-en-studenten-kinderopvang-en-onderwijs/basisonderwijs-en-speciaal-onderwijs/corona-en-ventilatie-schoolgebouwen>)

<sup>4</sup> «GGD richtlijn – Beoordelen van ventilatie scholen». (<https://www.rivm.nl/ggd-richtlijn-beoordelen-van-ventilatie-scholen>)

<sup>5</sup> «Waarom de GGD'en operationele slagkracht missen». (<https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-ggden-operationele-slagkracht-missen/>)

<sup>6</sup> «Gezondheidsverschillen: hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst?» (<https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>)

<sup>7</sup> Bijlage bij Kamerstukken 32 620 en 32 793, nr. 182

<sup>8</sup> «Gemeentelijke gezondheidsdienst». ([https://nl.wikipedia.org/wiki/Gemeentelijke\\_gezondheidsdienst](https://nl.wikipedia.org/wiki/Gemeentelijke_gezondheidsdienst))

<sup>9</sup> In de Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid (augustus 2014) worden enkele taken van de GGD voor het eerst benoemd als «de vier pijlers». Kamerstuk 32 620, nr. 132

<sup>10</sup> «Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid geborgd. Bijlagen; Onderzoek naar het takenpakket van GGD'en in Nederland». 1 juni 2017. Kamerstuk 32 793, nr. 277.

<sup>11</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 166.

maken. Het taakgebied is breed, taken zijn bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en «schoolarts»), openbare geestelijke gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en leefstijl, publieke gezondheidszorg asielzoekers, medische milieukunde en forensische geneeskunde.<sup>12</sup> De keuzes die de gemeente maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg binnen twee jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid opstelt.<sup>13</sup> Overige taken die sommige GGD'en oppakken zijn ambulancezorg en reizigersvaccinatie en -advisering.<sup>14</sup> Het takenpakket dat de GGD voor de gemeenten uitvoert is gevarieerd en voortdurend in ontwikkeling.

Met de overheveling van rijkstaken naar de gemeenten is het takenpakket van de GGD'en flink uitgebreid. Over het algemeen hebben de GGD'en van de grote steden het grootste takenpakket.<sup>15</sup>

Overigens heeft de coronacrisis laten zien dat het erg handig is dat GGD'en de jeugdgezondheidszorgtaak uitvoeren. In het begin van de crisis konden GGD'en die deze taak uitvoeren meteen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen inzetten. Uiteraard werden stap voor stap deze taken overgenomen door andere mensen, zodat ze jeugdgezondheidszorgtaken weer konden oppakken en ondersteund door infectieziektenartsen/verpleegkundigen de scholen en ouders konden adviseren. Voor GGD'en waar de jeugdgezondheidszorg geen onderdeel uitmaakten van het standaard basispakket, was de omschakeling lastiger. Een argument om deze taak standaard door GGD'en uit te laten voeren. Daarnaast maakt de coronacrisis duidelijk dat de veelheid aan taken en het feit dat iedere gemeente de taken, werkwijze en budgetten (voor een deel) individueel vaststelt het proces van op- en afschaling ingewikkeld en tijdrovend maakt.

### 3.2 Hoe worden taken wettelijk belegd?

Taken kunnen officieel op drie manieren belegd worden bij de GGD:

- (1). via het Rijk direct belegd bij de GGD
- (2). taken die het Rijk via de gemeente bij de GGD belegt
- (3). taken die gemeenten los van het Rijk bij de GGD beleggen<sup>16</sup>

Als het gaat om de zorg voor asielzoekers (een taak die niet wettelijk bij de GGD is belegd) wordt de financiering hiervan door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) geregeld via een contract met de zorgverzekeraars. De basis van de wijze van functioneren en daaraan gerelateerd de aansturing van een GGD ligt in de Gemeenschappelijke Regeling (GR). Het wettelijk kader voor de GR is de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr) en de Wet publieke gezondheid, die is samengesteld uit de voormalige Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet.<sup>17</sup> De Wet publieke gezondheid (Wpg) en het bijbehorende besluit beschrijven de organisatie van de

<sup>12</sup> «Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en», GGD-GHOR, 2016

<sup>13</sup> Eindrapport Andersson Elffers Felix, «Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD». 2-12-2013.

<sup>14</sup> De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Elffers Felix (juni 2017).

<sup>15</sup> Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013.

<sup>16</sup> Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013.

<sup>17</sup> Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013.

publieke gezondheidszorg. De Wpg schrijft voor dat er een gemeentelijke gezondheidsdienst wordt ingesteld en welke taken de gemeenten verplicht aan de GGD moeten toewijzen.

#### 4. De financieringsstromen

Gemeenten financieren het gezondheidsbeleid grotendeels vanuit het gemeentefonds, de jaarlijkse bijdrage die zij van het Rijk ontvangen. De bijdragen uit het gemeentefonds zijn niet geoormerkt en er worden dus geen bestedingsvoorwaarden aan gesteld. Bij de verdeling van het gemeentefonds hanteert het Rijk een groot aantal parameters, om ervoor te zorgen dat alle gemeenten een vergelijkbaar voorzieningenniveau kunnen aanbieden (verevening). Gehanteerde indicatoren die de uitkering voor de gezondheidszorg positief beïnvloeden zijn onder andere: het aantal jongeren, ouderen, lage inkomens, bijstandsontvangers en minderheden in de gemeente. Ook houdt het verdelingsmodel rekening met de belastingcapaciteit van gemeenten. Gemeenten die zelf veel belasting kunnen heffen via met name de ozb, ontvangen een lagere uitkering.<sup>18</sup> Naast de gemeentefondsgelden ontvangen veel gemeenten een doeluitkering in het kader van het Stimuleringsprogramma «Gezond in de Stad» voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Dit betreft gemeenten met relatief veel sociaaleconomische achterstandswijken. Met deze rijks gelden bekostigen de gemeenten met name de GGD'en.<sup>19</sup>

Het budget van de GGD'en is voor ongeveer 2/3 afkomstig van gemeenten. Daarnaast ontvangen GGD'en geld van het Rijk (11%) en derden (25%).<sup>20</sup> Doordat GGD'en het grootste deel van hun budget van de gemeenten krijgen, zorgt dit voor grote verschillen tussen de individuele GGD'en. Overhaupt is er, ook GGD-breed, weinig inzichtelijk over de precieze budgetten.

Een GGD wordt voor de wettelijke taken betaald uit een bijdrage per inwoner. De bijdrage is gemiddeld 25,28 euro. Gemiddeld bestaat iets meer dan de helft (54,15%) van de begroting van de GGD uit vaste financiering.<sup>21</sup> Daarnaast komt er bij het merendeel van de GGD'en geld, variërend van een derde tot ruim de helft van de begroting, uit de «plustaken», diensten waarvoor gemeenten en anderen opdracht kunnen geven.<sup>22</sup>

Er zijn verschillende financieringsstromen:

- (1). Gemeentelijke bijdrage
- (2). Gemeentelijke contracttaak
- (3). Inspanningsgerichte taak
- (4). Rijkssubsidie
- (5). Overig: bijvoorbeeld baten uit detachering, verhuur van panden en rentebaten.

Vanzelfsprekend is het aantal inwoners sterk bepalend voor de omvang van de kosten, maar de invloed van de demografische en sociaaleconomische samenstelling is beperkt. Opmerkelijk is dat een groter aandeel

<sup>18</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financien-gemeenten-en-provincies/gemeentefonds>

<sup>19</sup> Kosten van de lokale publieke gezondheidszorg in verband. Een kwantitatief onderzoek naar de kostenstructuur van de publieke gezondheidszorg in Nederlandse gemeenten 2008–2016 (<https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>)

<sup>20</sup> Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013

<sup>21</sup> «GGD Benchmarkresultaten 2017». (<https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>)

<sup>22</sup> Brief IGZ «Onderzoek naar stand van zaken GGD'en», kenmerk: 2016–1344627

risicogroepen (jeugdigen en ouderen) eerder met lagere dan hogere kosten wordt geassocieerd. Mogelijk zijn voorkeuren van bestuurders en inwoners, of de GGD, meer van invloed op de inzet van middelen dan demografie. Ook kan het zijn dat de meerkosten van risicogroepen pas echt zichtbaar worden in vervolgzorgtrajecten en dat de kosten daarom bij andere beleidsterreinen neerslaan. Verder is de grote variatie in de door GGD'en gehanteerde tarieven opvallend. Individuele gemeenten hebben maar beperkt invloed op de samenstelling van het takenpakket en het bijbehorende tarief. Het is de vraag of hierdoor doelmatigheidsverschillen ontstaan en of er voldoende beleidsvrijheid voor individuele gemeenten binnen een GGD is. Het is voor gemeenten belangrijk om te weten of een GGD met een hoog tarief minder doelmatig is, of dat de GGD hiervoor ook een evenredig groter takenpakket uitvoert. Aanvullend onderzoek met meer zicht op de daadwerkelijk geleverde productie is noodzakelijk om over deze verbanden betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Verder blijken er geen noemenswaardige doelmatigheidsverschillen te zijn tussen relatief grote en kleine GGD'en.<sup>23</sup>

#### *4.1 Wat is het totale GGD-budget?*

Van het totale gemeentelijke budget voor publieke gezondheidszorg ging in 2015 ongeveer 820 miljoen euro naar de GGD'en. De directe lasten bedragen ongeveer 621 miljoen euro en het grootste deel van dit budget ( $\pm$  80%) wordt bepaald door personeelslasten. Een kwart van het budget is beschikbaar voor de vier pijlers. Andere taken, bestaande uit JGZ, OGGZ, gezondheidsbevordering en forensisch medische zorg vertegenwoordigen bijna 2,5 keer zoveel budget, namelijk 62% van de directe lasten. De Jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigt 47% van het totale landelijke budget van alle GGD'en.<sup>24</sup> De taken Reizigerszorg en Ambulancezorg worden respectievelijk door de markt en de zorgverzekeraars betaald.

#### *4.2 Kosten corona voor GGD'en*

De coronacrisis zorgt het afgelopen jaar voor veel extra kosten voor de GGD'en, onder andere doordat de GGD'en coronatests aan moesten schaffen en extra personeel aan moeten nemen voor het testbeleid en het bron- en contactonderzoek. Daarnaast veranderen hun reguliere taken: dienstverlening wordt stilgelegd en inkomsten blijven uit op een deel van hun gebruikelijke taken. Daar staan soms ook minder uitgaven tegenover, maar per saldo heeft dit toch een negatief financieel effect. Zo lopen de GGD'en veel inkomsten mis voor reizigersvaccinaties.<sup>25</sup> In de wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van VWS voor het jaar 2020 wordt bijvoorbeeld voor 2020 477 miljoen euro extra voor de GGD en de Veiligheidsregio's uitgetrokken en voor 2021 467 miljoen euro extra.<sup>26</sup>

#### *4.3 De financiële kwetsbaarheid van de GGD*

De kaalslag op de GGD begon in de jaren tachtig toen de gemeenten verantwoordelijk werden voor de GGD'en. Een verdere bezuiniging volgde in 2008, toen GGD'en door een wetwijziging meer taken kregen voor het bestrijden van landelijke infectieziekten, maar daar geen extra geld voor ontvingen. De Raad van State was erg kritisch en noemde het een «sigaar

<sup>23</sup> «Kosten van de lokale publieke gezondheidszorg in verband». (<https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>)

<sup>24</sup> «De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en», Andersson Elffers Felix (juni 2017).

<sup>25</sup> Meerkosten voor GGD'en ten gevolge van corona. Eerste indicatie van kosten op landelijk niveau. Andersson Elffers Felix, 5-8-2020

<sup>26</sup> Kamerstuk 35 650-XVI

uit eigen doos» en waarschuwde dat de regio «niet de meest aangewezen plaats» is om landelijke uitbraken van infectieziekten op te lossen. Met die kritiek werd helaas niets gedaan en de verantwoordelijkheid voor pandemiebestrijding kwam in de regio te liggen.<sup>27</sup> In combinatie met oplopende financiële tekorten van gemeenten leidde dat tot verdere stapsgewijze bezuinigingen op de GGD. De huidige financiële situatie van de GGD is kwetsbaar en kan niet meer adequaat inspelen op ontwikkelingen op het gebied van publieke gezondheid. Bezuinigen op GGD'en door gemeenten gebeurt vaak in de vorm van een kerntakendiscussie. Maar omdat in de Wet publieke gezondheid wel taken staan en geen normen en het Rijk vanuit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) de gemeenten niet beoordeelt op preventiedoelen was de uitkomst van de kerntakendiscussie vaak dat op GGD-budget werd gekort.

In 2016 beschreef toenmalig VWS-Minister Schippers in een brief dat «het rapport van GGD GHOR Nederland een signaal is dat de uitvoering van de kerntaken van de GGD'en in Nederland kwetsbaar, en mogelijk te kwetsbaar, is». Naar aanleiding van deze constatering werden verschillende onderzoeken gestart.<sup>28</sup> In juni 2016 is te lezen dat op pijler 1 de capaciteit van GGD'en wordt versterkt om het lokale bestuur te adviseren. Voor de pijlers 2 en 3 zullen de resultaten van het IGZ-onderzoek duidelijk maken waar versterking nodig is en voor pijler 4 worden expertbijeenkomsten georganiseerd. Voor alle vier de pijlers worden veldnormen ontwikkeld, wat tot op heden niet is gebeurd, en er zal aandacht zijn voor de instroom in de opleidingen Artsen Maatschappij en Gezondheid.<sup>29</sup> Deze acties hebben er echter niet toe geleid dat de GGD'en klaar waren voor de coronacrisis.

## 5. Slagkracht: Capaciteit en fte's

Er is een groot verschil in slagkracht tussen GGD'en; tussen GGD'en met een groot werkgebied en de hele kleine. Grote GGD'en hebben meer capaciteit, zijn minder kwetsbaar en kunnen zich (daardoor) ook met innovatie en opleidingen bezighouden. Kleine GGD'en moeten het doen met een paar mensen. Dat is op basis van het aantal inwoners misschien te verklaren, maar in het geval van een crisis wordt zo'n GGD al snel omvergeblazen. Daarom moet niet alleen gekeken worden naar het aantal inwoners, maar ook naar prestaties die moeten worden geleverd. Deze zijn echter niet landelijk geformuleerd, waardoor gemeenten niet in preventie hoeven te investeren en ongelimiteerd op GGD'en kunnen bezuinigen.

Neem de GGD Gooi en Vechtstreek, waar volgens de laatste inventarisatie (benchmark 2017) van alle GGD'en per honderdduizend inwoners 0,3 fte epidemiologie en 0,74 fte infectieziektebestrijding aanwezig is. Dat is op beide werkgebieden gemiddeld de laagste bezetting van alle 25 GGD'en.<sup>30</sup> De GGD'en hebben daarnaast geen ervaring met de opschaling die de coronacrisis van hen vraagt en missen operationele slagkracht.<sup>31</sup>

<sup>27</sup> «Help, de GGD verzuipt! De coronacrisis legt de kwetsbaarheid van de GGD's bloot». ([https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email))

<sup>28</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 167.

<sup>29</sup> «Opleidingen publieke gezondheidszorg». ([http://www.kamg.nl/wp-content/uploads/2016/07/Opleidingen\\_publieke\\_gezondheidszorg.pdf](http://www.kamg.nl/wp-content/uploads/2016/07/Opleidingen_publieke_gezondheidszorg.pdf))

<sup>30</sup> «Help, de GGD verzuipt! De coronacrisis legt de kwetsbaarheid van de GGD's bloot». ([https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email))

<sup>31</sup> «Waarom de GGD'en operationele slagkracht missen». (<https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-ggden-operationele-slagkracht-missen/>)

### 5.1 Wat is het totale aantal fte?

Bij de GGD werken in totaal ongeveer 10.000 medewerkers en 7.500 fte aldus een rapport uit 2013.<sup>32</sup> In 2017 werden de vier pijlers door circa 1.000 formatieplaatsen (fte) in het land uitgevoerd (dit is exclusief de ondersteunende en managementfuncties). Dit is een schatting op basis van beschikbare informatie en kan mogelijk 100 fte meer of minder zijn.<sup>33</sup>

<sup>34</sup>

Het medewerkersbestand van GGD'en bestaat uit een grote groep hoog opgeleide medewerkers met een lang dienstverband en een gemiddelde leeftijd van 47,5 jaar.<sup>35</sup> Gewaarschuwd wordt door de Inspectie voor uitstroom van personeel vanwege pensionering. Naast de aanstaande uitstroom van deze ervaren medewerkers, is er krapte op de arbeidsmarkt voor forensisch geneeskundigen, jeugdartsen, artsen infectieziektebestrijding, artsen maatschappij en gezondheid, tuberculose-artsen, medische milieukundigen, maar ook voor goed opgeleide verpleegkundigen maatschappelijke gezondheid. Door de krapte vindt soms taakverschuiving plaats van artsen naar gespecialiseerde verpleegkundigen of andere professionals.<sup>36</sup>

Er wordt geconcludeerd dat er een beperkt inzicht is in de omvang en samenstelling van de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de publieke gezondheidszorg. Of de huidige capaciteit, in relatie tot de gewenste kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg nu en in de toekomst voldoende is, is daardoor niet te beoordelen.<sup>37</sup>

### 5.2 Wat is het aantal fte's onderverdeeld per taak?

In een rapport uit 2017 wordt 6.600 directe fte (die invulling geeft aan de publieke gezondheidstaken) genoemd, waarbij jeugdgezondheidszorg (46% van de formatie, meer dan 3.000 fte) de omvangrijkste taak is. Ongeveer 25% van de formatie is verbonden aan taken die vallen onder de vier pijlers, daarbinnen vormen de uitvoerende taken gezondheidsbescherming de hoofdmoot. De ambulancezorg (RAV) wordt door een deel van de GGD'en uitgevoerd maar is in die gevallen qua omvang wel de meest bepalende taak voor de formatie. De totale formatie betreft meer dan 7.300 fte.

Het is moeilijk om het aantal fte volledig vast te leggen vanwege de verwevenheid van overheadfuncties met gemeenten en samenwerkingsverbanden.

Afhankelijk van afspraken en het budget heeft een GGD mensen in dienst. Zo werken in Rotterdam bijna twee keer zoveel infectieziektebestrijders in vergelijking met Utrecht, onder andere omdat deze GGD-regio een haven én een Havenziekenhuis heeft, maar qua inwoneraantallen verschillen beide GGD-regio's amper. De verschillen zijn soms zo groot dat GGD'en bij interne onderzoeken ook niet altijd duidelijk voor ogen hebben hoe een GGD precies georganiseerd is. Rampenbestrijding is deels belegd bij de GGD en deels bij de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). Volgens het meest recente rapport over de staat van de GGD is

<sup>32</sup> Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013.

<sup>33</sup> Rapport publieke gezondheid borgen GGD GHOR Nederland 2016.

<sup>34</sup> De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Efficers Felix (juni 2017).

<sup>35</sup> «GGD Benchmarkresultaten 2017». (<https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>)

<sup>36</sup> Brief IGZ «Onderzoek naar stand van zaken GGD'en», kenmerk: 2016-1344627.

<sup>37</sup> Jambroes M, Essink-Bot ML, Plochg T, Stronks K. Capaciteit van de beroepsgroepen in de publieke gezondheidszorg, in: *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 2012;156:A4529.

de gemiddelde formatie per GGD op het gebied van rampenbestrijding vijf voltijdbanen. Niet iedere GGD heeft rampenbestrijders. Zo hebben de gemeenten in Friesland dat werk uitbesteed. Bij iets minder dan de helft van de GGD'en ligt rampenbestrijding op het bordje van medewerkers van andere afdelingen, die slechts een deel van hun tijd eraan besteden.<sup>38</sup>

Om de extra taken in de coronacrisis aan te kunnen is er een landelijk pool ingericht van personeel ten behoeve van bron- en contactonderzoek. In augustus 2020 waren er zo'n 700 mensen (550 fte) beschikbaar in de landelijke pool. Dat werd uitgebreid naar 1.050 fte en vervolgens stapsgewijs naar 2.000 fte.<sup>39</sup>

### 5.3 Zijn er personeelstekorten?

Volgens een peiling uit 2015 lag het aantal artsen infectieziektebestrijding bij 11 van de 25 GGD'en meer dan een kwart onder de norm. In 2014 trok de GGD zelf aan de bel omdat hun organisaties niet voorbereid waren op een grote infectieziekte-uitbraak: organisaties waren «onder het waakvlamniveau» gezakt. Volgens GGD'en is er niks met dit signaal gedaan, behalve een «budgetneutraal stimuleringsprogramma».<sup>40</sup>

De formatie voor de uitvoering van de vier pijlers bij de GGD'en is klein, en voor een aantal taken zelfs onder de veldnorm (cijfers uit 2016). Dit geldt met name voor artsen en verpleegkundigen op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Hoewel niet in elke regio sprake is van een tekort, is het landelijke beeld van de uitvoering van de beschermingstaken uit pijler 2 kwetsbaar: proactieve taken worden vaak niet of slechts in beperkte mate uitgevoerd en het is lastig om de voorbereiding op nieuwe ontwikkelingen en risico's optimaal te organiseren. Voorts bestaat het risico dat het tekort doorwerkt op de reactieve taken. Een bijkomend risico is dat de GGD'en onvoldoende toegerust zijn voor eventuele opschaling bij calamiteiten. Dit alles wordt nog eens versterkt door de geringe instroom in de opleidingen; de aanwas van opgeleide professionals is op dit moment te klein om de verwachte uitstroom door pensionering op te kunnen vangen.<sup>41</sup> Voor een deel van de GGD'en, met name in de meer perifere gelegen gebieden en de kleinere GGD'en, is het nu al moeilijk om artsen aan te trekken. Bovenstaande betekent dat hier een opgave ligt voor professionele ontwikkeling, zowel kwantitatief als kwalitatief. Een eerste stap kan gezet worden door de regio voor de instroom in de opleidingen voor artsen Maatschappij en Gezondheid beter te beleggen. Daartoe is een plan opgesteld door de KAMG (Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid), ActiZ (de branchevereniging van zorgorganisaties) en GGD GHOR Nederland. Ook de verpleegkundigen moeten goed opgeleid zijn voor hun taak. Het gewenste algemene opleidingsniveau is Verpleegkundige M&G. Meer in algemene zin vraagt de uitvoering van de publieke gezondheid om voldoende expertise in het licht van nieuwe ontwikkelingen. Die moet geborgd worden via opleidingen en nascholing, maar ook door ruimte te maken voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie. De ontwikkeling en

<sup>38</sup> «Help, de GGD verzuipt! De coronacrisis legt de kwetsbaarheid van de GGD's bloot».  
([https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-sbloot-ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email))

<sup>39</sup> GGD-GHOR. Feiten en cijfers. Uitbreiding landelijke capaciteit Bron- en Contactopsporing in de bestrijding van de coronapandemie

<sup>40</sup> De ja-knikkers van Hugo, De Groene Amsterdammer, 10-6-2020

<sup>41</sup> De afgelopen twintig jaar daalde volgens de KAMG het aantal artsen Maatschappij + Gezondheid van 1.200 naar 700 artsen, een daling van 40%. Zie: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/sp-wil-geld-voor-opleiding-arts-mg.htm>



coördinatie van Academische Werkplaatsen is daarvoor een begin en moet verder worden opgepakt. De GGD'en maken gebruik van elkaars deskundigheid – bilateraal of via kennissystemen zoals GGD GHOR Kennisnet – en van de digitale loketten van het RIVM. De informatie en tools uit de landelijke kennisinfrastructuur zijn beter toepasbaar in de praktijk naarmate deze meer behoefte-gestuurd en in samenwerking met GGD'en worden ontwikkeld. Versterking van de inbreng vanuit GGD'en en de Academische Werkplaatsen in de landelijke kennisinfrastructuur is daarom gewenst.<sup>42</sup>

Door het groeiende personeelstekort, staat de uitvoering van nieuwe taken in het sociaal domein onder druk. Een bijkomend risico is dat de GGD'en onvoldoende toegerust zijn voor eventuele opschaling bij calamiteiten. Bijkomend probleem is dat individuele gemeenten zich soms geen eigenaar voelen van het dossier publieke gezondheid.<sup>43</sup> Vooral doordat steeds meer mensen zijn gaan reizen, is de bestrijding van infectieziekten steeds ingewikkelder geworden volgens de GGD-GHOR.<sup>44</sup>

#### 5.4 Wat zegt het capaciteitsorgaan?

In het capaciteitsplan van het Capaciteitsorgaan over 2021–2024<sup>45</sup> wordt een overzicht gegeven van de instroomadviezen voor de verschillende opleidingen in de sociale geneeskunde van afgelopen jaren. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de daadwerkelijke instroom in vergelijking met de geadviseerde instroom. Duidelijk wordt uit de overzichten dat de geadviseerde en gerealiseerde instroom eigenlijk bij alle specialismen flink uit elkaar loopt.

**Tabel 1: Instroomadviezen Capaciteitsorgaan voor vervolgoopleidingen in de sociale geneeskunde (in 2005 is geen advies voor dit cluster uitgebracht)**

Specialisme/profiel	2001	2003	2007	2008	2010	2013	2016
Bedrijfsarts	122	102			–	131	140
Verzekeringsarts	57	47			111	49	57
M&G <sup>1</sup>			7	7	70	21	14
M&G/arts beleid en advies KNMG <sup>1</sup>					70	17	7
M&G/arts indicatie & advies KNMG <sup>1</sup>					70	4	3
M&G/ arts infectieziektebestrijding KNMG	25	34		6	14	15	16
M&G/ arts tuberculosebestrijding KNMG					2	5	2
M&G/ forensisch geneeskundige KNMG <sup>1</sup>					70	12	13
M&G/ jeugdarts KNMG	44	60	25		24	21	40
M&G/ medisch milieukundige KNMG					4	3	2
Arts beleid en advies KNMG					4	17	7
Arts indicatie & advies KNMG					2	8	7
Arts infectieziektebestrijding KNMG				7	14	15	20
Arts tuberculosebestrijding KNMG					2	5	2
Forensisch arts KNMG					33	22	20
Jeugdarts KNMG			142		114	112	102
Medisch milieukundige KNMG					4	3	2
<b>Totaal</b>	<b>248</b>	<b>243</b>	<b>174</b>	<b>20</b>	<b>398</b>	<b>460</b>	<b>454</b>
Totaal subsidiabel			167	13	134	179	186

<sup>1</sup> in 2010: gecombineerd totaal voor de 3 resterende profielen en het specialisme M&G.

Bron: Capaciteitsorgaan

<sup>42</sup> Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016

<sup>43</sup> «Personeelstekort en bestuurlijke ruis bemoeilijken werk GGD'en». (<https://www.skipr.nl/nieuws/personeelstekort-en-bestuurlijke-ruis-bemoeilijken-werk-ggden/>)

<sup>44</sup> «Personeelstekort GGD dreigt; bestrijding infectieziekten onder druk». (<https://www.nationalezorggids.nl/zorgpersoneel/nieuws/30385-personeelstekort-ggd-dreigt-bestrijding-infectieziekten-onderdruk.html>)

<sup>45</sup> «Capaciteitsplan 2021–2024. Deelrapport 4». (Capaciteitsplan-2021–2024-Deelrapport-4-SG-DEF-PRINT-vs2.pdf (capaciteitsorgaan.nl))

**Tabel 2: instroom aios sociale geneeskunde sinds 2009 en instroomadvies Capaciteitsplan 2016<sup>1</sup>**

Specialisme/profiel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Advies 2016
Bedrijfsarts	19	13	11	11	20	7	22	32	69	55	<b>121/140</b>
Verzekeringsarts	28	3	17	21	27	32	56	39	35	50	<b>48/57</b>
Arts M&G*	8	11	9	21	27	4	0	2	10	2	<b>10/14</b>
Arts M&G 2 <sup>e</sup> fase	0	0	0	0	0	16	24	33	29	34	<b>61/83</b>
Beleid en advies	0	1	0	19	11	14	6	6	2	2	<b>6/7</b>
Indicatie & advies	0	1	0	1	1	1	0	1	3	0	<b>6/7</b>
Infectieziektebestrijding	4	8	7	14	6	10	10	9	13	12	<b>14/20</b>
Tuberculosebestrijding	0	3	0	0	1	2	0	1	1	1	<b>2/2</b>
Donorarts	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–
Forensische arts	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	<b>13/20</b>
Jeugdarts	95	73	71	69	58	54	64	67	76	85	<b>80/102</b>
Medisch milieukundige	1	2	0	2	1	2	5	0	0	2	<b>2/2</b>
<b>Totaal</b>	<b>115</b>	<b>117</b>	<b>115</b>	<b>158</b>	<b>152</b>	<b>142</b>	<b>187</b>	<b>191</b>	<b>248</b>	<b>243</b>	
Totaal subsidiabel	100	86	78	85	66	84	103	110	119	134	<b>145/186</b>

<sup>1</sup> «Capaciteitsplan 2021–2024. Deelrapport 4». (Capaciteitsplan-2021–2024-Deelrapport-4-SG-DEF-PRINT-vs2.pdf (capaciteitsorgaan.nl))

Ook wordt het in het capaciteitsplan 2021–2024 een overzicht gegeven van het aantal geregistreerde geneeskundig specialisten per specialisme. Opvallend hierbij is de ontwikkeling van het aantal artsen Maatschappij en Gezondheid. In 2005 waren dit er nog 1157<sup>46</sup> en in 2019 674, oftewel bijna een halvering. Gekeken naar het totaal aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen én het totaal aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen inclusief het aantal profielartsen is ook een afname te zien tussen 2010 en 2019.

**Tabel 3: Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen en profielartsen per 1 januari<sup>1</sup>**

Specialisme/profiel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bedrijfsarts	2.154	2.094	2.038	1.992	1.936	1.885	1.780	1.765	1.726	1.683
Verzekeringsarts	1.065	1.028	1.010	1.005	978	989	962	969	965	963
Arts M&G <sup>1</sup>	838	798	764	746	727	721	702	676	669	674
Beleid en advies	171	179	175	164	161	169	177	178	190	185
Donorarts <sup>2</sup>								10	44	47
Indicatie & advies	63	64	63	63	61	54	54	43	42	42
Infectieziektebestrijding	73	81	90	96	100	108	120	125	132	141
Tuberculosebestrijding	19	20	20	24	25	25	28	27	26	26
Forensische arts	183	186	185	148	143	137	138	121	119	111
Jeugdarts	776	819	851	893	949	978	1.041	1.046	1.080	1.053
Medisch milieukundige	9	12	13	13	14	15	15	17	17	19
<b>Totaal</b>	<b>5.351</b>	<b>5.218</b>	<b>5.209</b>	<b>5.144</b>	<b>5.094</b>	<b>5.081</b>	<b>5.017</b>	<b>4.966</b>	<b>5.010</b>	<b>4.944</b>
<b>Totaal excl. profielartsen</b>	<b>4.057</b>	<b>3.920</b>	<b>3.812</b>	<b>3.743</b>	<b>3.641</b>	<b>3.595</b>	<b>3.444</b>	<b>3.410</b>	<b>3.360</b>	<b>3.320</b>

<sup>1</sup> feitelijk 31 december voorgaande jaar 24.00 uur

<sup>2</sup> De totale groep donorartsen telt ongeveer 125 personen en 63 fte.

Bron: RGS

Momenteel zijn er voor de meeste profielen en specialismen binnen de sociale geneeskunde tekorten. Deze tekorten zullen gedurende de komende 3 jaren verder toenemen. Deze tekorten zijn in de komende 3 jaar voor alle specialismen en profielen hoger dan de gerealiseerde instroom tussen 2016 en 2019.<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4: Sociaal geneeskundigen (arbeid & gezondheid en maatschappij & maatschappij en gezondheid). Profielartsen Maatschappij en Gezondheid.

<sup>47</sup> Capaciteitsplan 2021–2024. Deelrapport 4: Sociaal geneeskundigen en Maatschappij en Gezondheid.

## 5.5 Veldnormen

Het Rapport «Publieke gezondheid borgen»<sup>48</sup> concludeert dat de formatie voor de uitvoering van de vier pijlers bij de GGD'en klein is en voor een aantal taken zelfs onder de veldnorm. Dit geldt met name voor artsen en verpleegkundigen op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Hoewel niet in elke regio sprake is van een tekort, is het landelijke beeld van de uitvoering van de beschermingstaken uit pijler 2 kwetsbaar. Hieronder een uitwerking per pijler.

### De pijler monitoring, signalering en advisering

Voor deze pijler zijn geen veldnormen opgesteld.

### De pijler uitvoerende taken gezondheidsbescherming

#### (1). Infectieziektebestrijding.

In 2004 is in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg een normering vastgesteld voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding. Deze norm is in 2013 bijgesteld. Op grond van deze norm zou circa 195 fte nodig zijn<sup>49</sup>. De norm houdt nog geen rekening met de bestrijding van antibioticaresistentie. De laatste schattingen van het aantal fte op infectieziektebestrijding lag lager dan deze norm. In augustus 2020 wordt geconcludeerd dat infectieziektebestrijding al 10 jaar op waakvlamniveau staat.<sup>50 51</sup> Volgens de meest recente cijfers is het gemiddelde aantal fte infectieziektebestrijding per 100.000 inwoners 1,18 fte.<sup>52</sup>

#### (2). Tuberculosebestrijding.

Beroepsgroepen en de Commissie Praktische Tuberculose hebben veldnormen en richtlijnen opgesteld voor artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch personeel in de tbc-bestrijding, hierbij ondersteund door het KNCV. Tuberculosefonds.<sup>53</sup> In deze norm staat niet iets beschreven over het benodigde aantal fte.

#### (3). Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en bevordering seksuele gezondheid.

De uitvoering van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening gebeurt volgens de landelijke richtlijnen. Er is geen veldnorm voor de capaciteit voor soa-bestrijding (seksueel overdraagbare aandoeningen).

#### (4). Technische hygiënezorg.

In 2014 is een normering opgesteld conform de methodiek die in de algemene infectieziektebestrijding is uitgewerkt op basis van de negen basistaken. Volgens deze norm is de landelijke formatie 10 tot 20 fte onder

<sup>48</sup> «Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016;. (<https://vng.nl/sites/default/files/2019-11/publieke-gezondheid-borgen-ggd-ghor-nederland-2016.pdf>)

<sup>49</sup> «Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016;. (<https://vng.nl/sites/default/files/2019-11/publieke-gezondheid-borgen-ggd-ghor-nederland-2016.pdf>)

<sup>50</sup> , «Herziening VISI-normering formatie Algemene infectieziektebestrijding». (<https://www.rivm.nl/herziening-visi-normering-formatie-algemene-infectieziektebestrijding>)

<sup>51</sup> «Infectieziektebestrijding staat al tien jaar op waakvlamniveau». (<https://www.zorgvisie.nl/infectieziektebestrijding-staat-al-tien-jaar-op-waakvlamniveau/>)

<sup>52</sup> «GGD Benchmarkresultaten 2017». (<https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>)

<sup>53</sup> «Veldnorm voor sociaal verpleegkundigen werkzaam in de tbc-bestrijding». (<https://www.kncvtbc.org/kb/10-5-veldnorm-voor-sociaal-verpleegkundigen-werkzaam-in-de-tbc-bestrijding/>)

het benodigde aantal. Het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid brengt richtlijnen voor technische hygiënezorg uit. Hierin staan de taken en het wettelijk kader voor technische hygiënezorg uitvoerig beschreven. Volgens de meest recente cijfers is de formatie (in fte) technische hygiënezorg per 100.000 inwoners (exclusief formatie kinderopvang) gemiddeld 0,29 fte. Het aantal fte van de hygiënezorg is onder andere afhankelijk van de aanwezigheid van scheepvaart of asielzoekerscentra.<sup>54</sup>

#### (5). Medische milieukunde.

Van 2003 tot eind 2006 liep het Versterkingsproject Medische Milieukunde, een project van de VNG en GGD-Nederland, onderdeel van dit project was de formulering van een ondergrens voor de hoeveelheid formatie (de waakvlamnorm) en de streefnorm (de wenselijke capaciteit).<sup>55</sup> In 2005 is er een veldnorm opgesteld voor de benodigde omvang en competentie. Ook zijn er richtlijnen voor het handelen van medisch milieukundigen, opgesteld door het RIVM. In 2013 is er een onderzoek uitgevoerd naar «De kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland». Het totaal aantal fte's dat door de GGD'en geleverd wordt, wordt geschat op 97 fte. De totale capaciteit die voor MMK-zorg in Nederland beschikbaar is, wordt geschat op 110 fte. Aangegeven wordt dat in 2010 het NIVEL in opdracht van het Ministerie van VWS en in samenwerking met het Capaciteitsorgaan een advies heeft uitgebracht over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor artsen MG met profiel MMK. Het advies was om de komende jaren 3–4 artsen per jaar op te leiden. Dit aantal wordt niet gehaald. Volgens de inventarisatie was er in 2011 voor de MMK-zorg 72,41 fte door de gemeente gefinancierd beschikbaar (waarvan 14 artsen). Dit is 20 fte meer dan in 2005 werd gemeten, maar landelijk een tekort van 26 fte (26%) ten opzichte van de waakvlamnorm 2011 van 99 fte.<sup>56</sup> Het aantal fte's werd op 80 fte (2013 en 2015), geschat en 110 Nederland breed. De formatierichtlijn is 135 fte. Ook op medische milieukunde ligt het aantal fte volgens de laatste schattingen onder de waakvlamnorm. De formatierichtlijn is 135 fte.<sup>57</sup> Met name proactieve advisering komt te weinig tot stand.<sup>58</sup> Ook staat de rol van de medische milieukunde tijdens rampen of dreiging van rampen onder druk. Deze rol vergt opleiding tot GAGS (gezondheidskundige adviseurs gevaarlijke stoffen) omdat gedegen toxicologische kennis noodzakelijk is. De GGD'en hebben niet de capaciteit die nodig is om deze wettelijke verplichting in te vullen.

#### De pijler publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crisis

De minimumnormen waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op rampen- en crisissituaties staan beschreven in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO (opleiden, trainen, oefenen): «De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises».<sup>59</sup> In dit kader wordt niet ingegaan op benodigde fte's.

<sup>54</sup> «GGD benchmarkresultaten 2017». (<https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>)

<sup>55</sup> «Actieprogramma Gezondheid en Milieu: versterkingsproject Medische Milieukunde: Versterkingsproject Medische Milieukunde». (<http://publicaties.minienm.nl/documenten/actieprogramma-gezondheid-en-milieu-versterkingsproject-medische>)

<sup>56</sup> «Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland». (<http://docplayer.nl/12348095-Eindrapport-kwaliteit-en-quantiteit-van-beroepsbeoefenaren-werkzaam-in-de-medisch-milieukundige-zorg-in-nederland.html>)

<sup>57</sup> Standpunt formatierichtlijn medische milieukundige zorg

<sup>58</sup> NPHF, Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland, 2015

<sup>59</sup> «Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0». (<https://www.inaz.nl/oto/kwaliteitskader-crisisbeheersing-en-oto-2.0>)

## De pijler toezicht houden

(1). Toezicht technische hygiënezorg/toezicht kinderopvang. Voor de toezichthouders heeft GGD GHOR Nederland richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals itemlijsten, modelrapporten, een observatie-instrument en een model voor risicogestuurd toezicht.

(2). Toezicht Wet maatschappelijke ondersteuning. GGD GHOR Nederland stelt, in overleg met VNG, IGZ en IJZ, met de toezichthouders afspraken op over de invulling van deze functie, waaronder een leidraad voor de werkwijze van Wmo-toezicht in brede zin (structureel en calamiteiten).

## Jeugdgezondheidszorg

Er is een Landelijk Professioneel Kader ontwikkeld door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, in samenwerking met JGZ-professionals, de betrokken beroeps- en brancheverenigingen, IGZ, VNG en VWS. Dit kader heeft de status van een richtlijn en beschrijft waaraan de contactmomenten moeten voldoen qua inhoud, aantal en vorm. Er zijn kwaliteitsnormen voor de competenties van jeugdarts en jeugdverpleegkundige public health en voor BIG (her-) registratie-eisen.

## Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Er zijn geen veldnormen vastgesteld.

## Gezondheidsbevordering en leefstijl

Er zijn geen veldnormen opgesteld. Ook zijn er weinig landelijke afspraken gemaakt over omvang en intensiteit van de uitvoering.

## Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers

Naast de standaard richtlijnen van het RIVM/ landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding worden specifieke, voor de PGA ontwikkelde richtlijnen en protocollen gebruikt.

## Forensische geneeskunde

Er is een speciale opleiding tot forensisch arts. Voor de overige taken zijn geen registratie-eisen geformuleerd. De Gezondheidsraad heeft in 2013 aanbevelingen voor een kwaliteitsimpuls gedaan.<sup>60</sup> In deze aanbevelingen wordt niet gesproken over benodigde fte/personeel.

## **6. Toezicht**

De GGD'en hebben verschillende taken op het gebied van toezicht, bijvoorbeeld toezicht op de kinderopvang of de Wmo.<sup>61</sup> De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt thematisch toezicht op taken waarbij de GGD'en betrokken zijn. Zo onderzocht de Inspectie in 2019 infectiepreventie en regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie, waarvoor 38

<sup>60</sup> «Forensische geneeskunde ontleed; naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline». (<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2013/04/25/forensische-geneeskunde-ontleed-naar-een-volwaardige-plaats-voor-een-bijzondere-discipline>)

<sup>61</sup> Voor een totaal beeld op het toezicht door de ggd'en zie: <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheid-borgen/publicaties/publicatie/15131-toezicht-op-publieke-gezondheid-een-verkenning-naar-de-rol-van-de-ggd>. Voor de verschillen in toezicht tussen ggd'en zie: <https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/verschillen-in-ggd-toezicht-inkaart-Gebracht>

zorgaanbieders uit 9 verschillende sectoren in Limburg.<sup>62</sup> De Inspectie heeft in de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan, relevant voor dit rapport.

## 7. Landelijke evaluatie

Op verschillende momenten is de afgelopen jaren een stand van zaken van de GGD'en beschreven. In 2015 concludeerde de directeur van GGD GHOR Nederland, de heer Backx, dat er taken op het gebied van de bestrijding van infectieziekten in de nodige regio's de laatste jaren zijn blijven liggen. Dit had volgens hem drie oorzaken:

- (1). het werk bestaat door krapte en keuzes vooral uit incidentenbestrijding in plaats van preventie;
- (2). er komen steeds meer infectieziekten bij die andere en nieuwe eisen stellen aan onderzoek;
- (3). er zijn niet alleen taken bijgekomen maar taken zijn ook complexer en uitgebreider.

Hij concludeerde dat de rek eruit raakte.<sup>63</sup> Een duidelijke persoonlijke evaluatie.

Een evaluatie op de (uitvoering van de) Wet publieke gezondheid en de taken hierbinnen heeft tot op heden onvoldoende plaatsgevonden. Uit het onderzoek «GGD'en in beeld» concludeerden Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn desalniettemin dat alle GGD'en de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg) goed kunnen uitvoeren. En dat zij goed ingericht zijn op veranderende omstandigheden en innovatie. In een kamerbrief<sup>64</sup> wordt geconcludeerd dat het stimuleringsprogramma heeft laten zien dat het stelsel van de publieke gezondheid, zowel op landelijk als op lokaal niveau op orde is. De GGD'en voeren de taken uit de Wpg en de taken die onder de vier pijlers vallen goed uit en de GGD'en zijn goed ingericht op veranderende omstandigheden en innovatie. Overigens is er wel veel beleid gemaakt, bijvoorbeeld als het gaat om het terugdringen van overgewicht of het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Deze doelen worden echter vaak niet gehaald. Tevens had dit onvoldoende effect op hoe de GGD'en worden aangestuurd of gefinancierd. Terwijl er eigenlijk al lang een sluipende «epidemie» van overgewicht gaande is die ook nu bij de corona-uitbraak effecten heeft, met name op de mate waarin mensen ziek worden. De eerder beschreven resultaten van de IGJ-onderzoeken gaven volgens de Minister geen aanleiding voor extra activiteiten naast de lopende trajecten zoals beschreven in de laatste voortgangsbrief over het stimuleringsprogramma.<sup>65</sup> Onder andere wordt geconcludeerd door de IGJ dat GGD'en voldoende omvang hebben om slagvaardig te kunnen zijn en taken efficiënt te kunnen organiseren, de taakuitvoering voor infectieziektebestrijding is verbeterd ten opzichte van 2015. Tegelijkertijd wordt geconcludeerd dat er nog te weinig inzicht is op de indicatoren, dat er qua personeel al jaren niet aan de (waakvlam)normen wordt voldaan en dat GGD'en al jaren moeten bezuinigen op belangrijke taken. Het zou eerlijker zijn geweest als er wel aanbevelingen waren gekomen hoe juist ook niet alleen de acute crisissen maar ook langdurige problemen het beste kunnen worden opgepakt. Nu werden de oplossingen voor de problemen

<sup>62</sup> «Toezicht infectiepreventie en Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie». (<https://www.igj.nl/onderwerpen/infectieziekten/documenten/rapporten/2020/07/16/toezicht-infectiepreventie-en-regionale-zorgnetwerken-antibioticaresistentie>)

<sup>63</sup> Artikel Stutwerk, Hugo Backx uit het VOZ-magazine, 2015. (<http://www.vozmagazine.nl/vozmagazine/2015-jul-inh/mobile/index.html#p=9>)

<sup>64</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 277.

<sup>65</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 182.

vooruitschoven. Wat ook nodig lijkt, is meer inzicht op het functioneren van de GGD'en en het functioneren van de wet. Om vast te kunnen stellen wat nodig is voor een beter functionerende publieke gezondheid en GGD.

## 8. Infectieziektebestrijding

De taak van de GGD'en aangaande infectieziektebestrijding is natuurlijk erg actueel door de corona-uitbraak. De coronacrisis maakt duidelijk dat de preventie van infectieziekten de afgelopen jaren een ondergeschoven thema is geweest.<sup>66</sup>

Het bestrijden van epidemieën en pandemieën is een gedeelde verantwoordelijkheid van het gezag voor publieke gezondheid (Minister van VWS en bestuur GGD) en het gezag voor veiligheid (Minister van Justitie en Veiligheid en bestuur veiligheidsregio). Bij A-infectieziekten ligt het gezag bij de veiligheidsregio, terwijl RIVM en GGD zorgen voor uitvoering van maatregelen. Dit vraagt om nauwe afstemming van procedures binnen de Publieke Gezondheid en de veiligheid.<sup>67</sup> Volgens de inspectie was (in oktober 2016) de kwaliteit op dit gebied goed. Daarnaast was het in 2016 in vergelijking met 2015 veel gemakkelijker geworden een beroep te doen op een andere GGD wanneer er sprake is van een calamiteit. Er was fors geïnvesteerd in het snel kunnen opschalen bij een of meerdere grootschalige incidenten. Desondanks was de conclusie dat er nog steeds druk kan ontstaan op een GGD wanneer zich meerdere calamiteiten tegelijk voordoen of wanneer er ontwikkelingen zijn (zoals activiteiten op het terrein van zoönosen en antibioticaresistentie) waardoor er soms langdurig extra inzet gevraagd wordt. Hierdoor kunnen opnieuw kwetsbaarheden ontstaan.<sup>68</sup>, <sup>69</sup> Een conclusie die Minister Schippers geen vervolg heeft gegeven.

Er werkten begin 2008 99 artsen in de infectieziektebestrijding in de publieke gezondheid. Hiervan waren er 90 binnen GGD werkzaam en 9 bij andere organisaties, met name bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Daarnaast waren er 147 verpleegkundigen werkzaam in de infectieziektebestrijding. Van de artsen infectieziektebestrijding is 72% arts Maatschappij & Gezondheid, dat wil zeggen specialist in het kader van de wet BIG; 11% heeft de (nieuwe) profielopleiding infectieziektebestrijding gevolgd; 17% is basisarts en heeft al dan niet een cursus/module gevolgd gericht op infectieziektebestrijding.<sup>70</sup>

## 9. Coronacrisis

Het ingewikkelde is dat de Minister alleen gaat over de coördinatie van de infectieziektebestrijding, maar bestuurlijk niet verantwoordelijk is voor de uitvoering. Die verantwoordelijkheid is belegd bij de veiligheidsregio's. Twee gremia zijn belangrijk bij infectieziektebestrijding van een epidemie: de 25 GGD'en en de 25 geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio (GHOR'en). De GGD'en gaan over de uitvoering van de infectieziektebestrijding, zoals het bron- en contactonderzoek. De bestuurlijke verantwoordelijkheid van de infectieziektebestrijding ligt echter bij de GHOR. De GGD'en vallen bestuurlijk onder de burgemeesters en wethouders en de GHOR valt bestuurlijk weer onder de veiligheidsregio's,

<sup>66</sup> «Preventie infectieziekten is bestuurlijk verweesd». (<https://www.skipr.nl/nieuws/preventie-infectieziekten-is-bestuurlijk-verweesd/>)

<sup>67</sup> Rapport «Publieke gezondheid en Veiligheid verbonden». GGD-GHOR.

<sup>68</sup> Brief IGZ «Onderzoek naar stand van zaken GGD'en», kenmerk: 2016-1344627

<sup>69</sup> «Vervolgonderzoek GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk». (<https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2016/11/3/vervolgonderzoek-ggd-infectieziektenbestrijding>)

<sup>70</sup> <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-sociale-geneeskunde/>

waarin bijvoorbeeld ook de brandweer zit. Het bestuur van de veiligheidsregio's bestaat uit de betrokken burgemeester in de regio, meestal onder leiding van de burgemeester van de centrumgemeente. De lappendeken van partijen en bestuurlijke verantwoordelijkheden wreekt zich in de coronacrisis. Er zijn zoveel partijen bij betrokken met verschillende rollen en verantwoordelijkheden dat uiteindelijk niemand echt verantwoordelijk is: iedereen gaat erover, dus gaat niemand erover. Omdat Covid-19 een zogeheten A-ziekte is, valt de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de infectieziektebestrijding volgens de Wet publieke gezondheid onder de GHOR. De Minister van VWS is verantwoordelijk voor de coördinatie, maar gaat dus niet over de uitvoering. De Minister is bestuurlijk verantwoordelijk voor het RIVM. Maar het RIVM gaat in de infectieziektebestrijding alleen over coördinatie en advisering. Ook de financiering van de GGD'en via gemeenten leidt in de praktijk niet tot een slagvaardige aanpak. De betrokken gemeenten in een regio beslissen samen over de begroting van hun GGD. Dat betekent dat de uitgaven voor de GGD moeten concurreren met de subsidie voor een populaire voetbalvereniging of de aanleg van een belangrijke weg. De Nederlandse zuinigheid stelt de GGD'en voor een schier onmogelijke opgave. De waakvlam krijgt in korte tijd te maken met een enorme virus-uitbraak. Dat betekent de Minister ook bestuurlijk verantwoordelijk maken voor de infectieziektebestrijding, zodat hij de GGD'en direct kan aansturen. Ook de financiering van de GGD'en zou niet meer via gemeenten moeten gaan, maar rechtstreeks via het Ministerie van VWS.<sup>71, 72</sup>

## 10. Beslispunten

### 1. Formeer een landelijke crisisinfrastructuur: een crisisteam bij het RIVM en een flexibele schil

De afgelopen maanden is door de coronacrisis de druk op de GGD'en flink toegenomen. Al snel werd duidelijk dat er eigenlijk niemand was die namens alle GGD'en kon spreken in het geval van een dergelijke uitbraak, onder andere omdat de GGD'en onder de verantwoordelijkheid van alle verschillende gemeenten vielen. Ook werd al snel duidelijk dat

opschaling nodig was en dat dit een zware klus was. Er was geen crisisteam, geen flexibele schil om snel op te kunnen schalen of een duidelijke landelijke aanpak voor een dergelijke grote crisis. Er dient dan ook een landelijke crisisinfrastructuur opgebouwd te worden, waarin een crisisteam wordt geformeerd dat snel kan handelen met zeggenschap namens alle GGD'en. Ook moet binnen deze infrastructuur een flexibele schil worden gerealiseerd zodat opschaling in de toekomst wanneer nodig snel kan plaatsvinden. Bij infectieziektebestrijding moet naast de reguliere capaciteit (gefinancierd door gemeenten) schakelcapaciteit komen,

gefinancierd door het Rijk. Die schakelcapaciteit bestaat nu slechts uit zeven regionaal arts consultants.

### 2. Investeer in de GGD'en

Financierende partijen, zowel de landelijke overheid als de gemeenten, mogen niet langer bezuinigen op gemeentelijke budgetten en het GGD-budget maar moeten investeren. Nu wordt duidelijk dat de GGD'en al snel tegen hun grenzen aanlopen, terwijl zij onmisbaar zijn. Daarnaast

<sup>71</sup> «Infectieziektebestrijding staat al tien jaar op waakvlam-niveau (<https://www.zorgvisie.nl/infectieziektebestrijding-staat-al-tien-jaar-op-waakvlam-niveau/>)

<sup>72</sup> «Nederlandse zuinigheid stelt GGD'en voor onmogelijke opgave». (<https://www.skipr.nl/nieuws/nederlandse-zuinigheid-stelt-ggden-voor-onmogelijke-opgave/>)



is preventie van groot belang en is de GGD daarbij een belangrijke partij. Nu kunnen de GGD'en eigenlijk niet anders dan prioriteren. Stem de investeringen af op wat in werkelijkheid van goed functionerende GGD'en mag worden verlangd.

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.

Een extra investering in de GGD'en is essentieel, maar het kan niet van de gemeenten gevraagd worden om deze extra kosten op te hoesten. De gemeenten zitten al te krap in hun «financiële hemd», een extra investering zou zeer waarschijnlijk ten koste gaan van andere (ook belangrijke) taken. Het instellen van een preventiefonds wordt dan ook aangeraden. Een preventiefonds kan al op korte termijn worden gerealiseerd. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (nu de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving) spreekt bijvoorbeeld over 1% van de premiemiddelen.<sup>73</sup>

Ook kan het preventiefonds worden gevoed uit tabaks- en alcoholaccijnzen. Om te bepalen welk budget, langdurig, nodig is dient een deltaplan opgesteld te worden, vergelijkbaar met het deltaplan Waterveiligheid. Het budget voor gemeenten kan worden vastgesteld op basis van bevolkingssamenstelling van die gemeente en geormerkt.

4. Stel de capaciteit af op taken en preventie: zorg voor voldoende capaciteit, investeer in opleiding van professionals<sup>74</sup>, stel normen vast én voldoe hieraan.

Dat de GGD'en op dit moment vastlopen door al de extra taken is duidelijk. Verrassend is het echter nauwelijks. De afgelopen jaren is het aantal fte's afgenomen en hebben gemeenten jaarlijks aan de GGD gevraagd of ze niet met minder budget hun taken kunnen vervullen. Vanaf nu dient dan ook te gelden: géén extra taken als dit niet gepaard gaat met extra fte's en budget. Ook is er al verschillende malen voor gewaarschuwd dat de GGD'en op verschillende punten niet voldeden aan de gestelde (veld)normen. Helaas is er niet geluisterd naar die signalen. Dit geldt bijvoorbeeld voor infectieziektebestrijding en medische milieukunde. In het artikel «De ja-knikkers van Hugo» wordt aangegeven dat de GGD zelf aan de bel trok omdat de organisaties niet voorbereid waren op een grote infectieziekte-uitbraak: organisaties waren «onder het waakvlamniveau» gezakt. Volgens GGD'en is er niks met dit signaal gedaan, behalve een «budget-neutraal stimuleringsprogramma». De capaciteit die nodig is voor voorbereidingen op een calamiteit is ook beperkt. Daarbij is de instroom op bepaalde taken te laag en gaan veel medewerkers met pensioen. Het Capaciteitsorgaan adviseert ook een flink aantal nieuwe fte als instroom in de opleidingen (zie voor een concretisering van de aantallen de paragraaf «Wat zegt het Capaciteitsorgaan»). Aan het aantrekken van nieuw GGD-personeel op de verschillende taken moet dan ook prioriteit gegeven worden. Vanaf nu worden dergelijke signalen uiterst serieus genomen. Voor alle taken wordt een duidelijke waakvlamnorm benoemd, dient er een duidelijk plan van aanpak te komen mét budget om aan deze doelen te voldoen én dient regelmatig gemonitord te worden of nog aan deze waakvlamnormen wordt voldaan of dat extra inzet nodig is.

<sup>73</sup> Preventie van welvaartsziekten, effectief en efficiënt georganiseerd», Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2011/12/13/preventie-van-welvaartsziekten>.

<sup>74</sup> Manifest Oog voor Preventie, Paul van der Velpen DPG Amsterdam Amstelland, januari 2016.

5. Evalueer de Wet publieke gezondheid en kom op basis van de resultaten tot een vervolg op het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

De Wet publieke gezondheid is in 2008 vastgesteld. Tot op heden is er geen grondige evaluatie van deze wet geweest. Van 2014 tot en met 2017 heeft het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid gelopen. Zoals onder aanbeveling 4 aangegeven, was het programma budgetneutraal. Het programma had onder andere tot doel de effectiviteit van de publieke gezondheid te vergroten, het verstevigen van het fundament van de GGD'en en het versterken van de relatie tussen de publieke gezondheid en het sociaal domein.<sup>75</sup> Duidelijk is dat op al deze punten nog verdere verbeteringen mogelijk en nodig zijn. Een vervolg op het stimuleringsprogramma wordt dan ook aanbevolen, dit vervolg dient niet budgetneutraal te worden uitgevoerd. De exacte invulling van dit programma zal mede bepaald worden door een evaluatie van de Wpg.

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.

Al snel werd covid-19 op de zogenaamde A-ziekten-lijst geplaatst (de Wpg). Desondanks lag veel verantwoordelijkheid bij de Veiligheidsregio's en niet bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit maakt besluitvorming erg ingewikkeld. De Minister dient meer verantwoordelijkheid te krijgen in de aanpak van infectieziekten. Onderzocht moet worden waar welke verantwoordelijkheden dienen te liggen. In crisissituaties dient de bestuurlijke verantwoordelijkheid direct bij de Minister te worden gelegd. In de Wet publieke gezondheid staat dat het Ministerie van VWS verantwoordelijk is voor het stelsel, dus voor de doelmatigheid en kwaliteit van de publieke gezondheid (art. 3.1). Maar wat houdt dat concreet in als het gaat om de diverse taken?<sup>76</sup> Realiseer daarnaast een regionale regierol voor de directeur Publieke Gezondheid in de regio. De DPG kan een sterke rol hebben als onafhankelijk adviseur over maatregelen. De rol van DPG is in 2012 in de Wpg gekomen maar heeft tot op heden onvoldoende invulling gekregen.

7. Maak een update van het onderzoek «GGD in beeld» en betrek dit onderzoek bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)

Er zijn de afgelopen jaren verschillende rapporten verschenen over de (stand van zaken bij de) GGD'en. Deze rapporten hebben een beeld geschetst van het aantal fte's, de budgetten bij de GGD in totaal en voor afzonderlijke GGD'en. Deze rapporten trokken eigenlijk ieder voor zich de conclusie dat er geen precies beeld is te geven van de stand van zaken. Daarnaast werd duidelijk dat deze onderzoeken weinig gestructureerd plaatsvinden. Een regelmatige en volledige actualisering van het beeld van de GGD'en zou van groot nut zijn. Het onderzoek moet bijvoorbeeld ook inzicht geven met betrekking tot de vraag of de huidige capaciteit voldoende is in relatie tot de gewenste kwaliteit en doelmatigheid, nu en in de toekomst. Daarbij wordt de mogelijkheid aanbevolen om de resultaten te (kunnen) vergelijken met het vorige onderzoek uit 2017. Het is zinvol om de VTV, die vierjaarlijks verschijnt, te combineren met een update van het beeld van de GGD'en. In onderzoek naar de kosten van lokale publieke gezondheidszorg wordt aanbevolen om de kosten van

<sup>75</sup> Kamerstukken 32 793 en 32 620, nr. 277.

<sup>76</sup> Manifest Oog voor Preventie, Paul van der Velpen DPG Amsterdam Amstelland, januari 2016

gemeenten voor de publieke gezondheidszorg verder en gedetailleerder onder de loep te nemen. Dit zal ook onderdeel zijn van dit beeld.<sup>77</sup>

#### 8. Maak de gezondheidsplannen van de GGD afrekenbaar

De GGD'en hebben zelf verschillende taken op het gebied van toezicht houden. Er is echter, naast de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg, weinig toezicht op het functioneren van de GGD'en zelf. De gemeenten maken iedere vier jaar een gezondheidsplan voor de komende periode, welke gedeeltelijk betrekking heeft op de GGD. Echter, deze plannen worden momenteel niet beoordeeld of geëvalueerd. Aanbevolen wordt om deze gezondheidsplannen afrekenbaar te maken en de plannen achteraf te evalueren. Formuleer in de VTV concrete preventiedoelen die moeten worden gerealiseerd, en koppel daar de resultaten aan die de GGD'en moeten realiseren. De behaalde resultaten dienen beoordeeld te worden en op basis hiervan dienen conclusies getrokken te worden. Hiervoor is het nodig dat de parameters zoals geformuleerd in de indicatorenset worden herijkt en operationeel gemaakt zodat er ook echt gestuurd kan worden op deze indicatoren. Dit kan bijvoorbeeld door het RIVM.

9. Benchmark de GGD'en om te kijken welke GGD extra ondersteuning nodig heeft Qua taken, omvang en budgetten verschillen de GGD'en onderling. De kans is groot dat er (mede daardoor) ook grote verschillen bestaan in behaalde resultaten of effectiviteit. Een dergelijke onderlinge vergelijking moet regelmatig worden gemaakt, zodat GGD'en van elkaar kunnen leren en zelf kunnen beoordelen welke verbeteringen mogelijk zijn. Het onderzoek GGD benchmarkresultaten<sup>78</sup> dient dan ook regelmatig herhaald te worden. Een dergelijke benchmark is niet bedoeld om GGD'en die laag scoren te bestraffen maar om deze GGD'en extra ondersteuning te bieden.

#### 10. Toets wetten en voorstellen op effecten sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Wie werkelijk het gezondheidsgat wil verkleinen zal vanaf nu elke maatregel en elk beleidsvoorstel van het kabinet moeten toetsen op de effecten op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dat heeft verregaande consequenties. Denk bijvoorbeeld aan maatregelen die de inkomensverschillen verkleinen dan wel vergroten, of maatregelen die het gebruik van tabak en alcohol beïnvloeden. Of maatregelen die de woonsituatie van mensen met lagere inkomens verbeteren dan wel verslechteren. Of maatregelen die flexibilisering van de arbeid bevorderen dan wel tegengaan. Of maatregelen die de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen beïnvloeden zoals vergroting of verkleining van het verzekerde pakket of verhoging van de eigen bijdragen dan wel het eigen risico.

---

<sup>77</sup> «Kosten van de lokale publieke gezondheidszorg in verband. Een kwantitatief onderzoek naar de kostenstructuur van de publieke gezondheidszorg in Nederlandse gemeenten 2008–2016». (<https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>)

<sup>78</sup> Deze verplichting zet gemeenten ertoe aan het belang van de publieke gezondheid expliciet te verankeren in lokaal beleid. Zie voor een verdere analyse van het lokaal gezondheidsbeleid het rapport: Lokaal gezondheidsbeleid: landelijke inventarisatie 2017. Inhoud en uitvoering van preventief gemeentelijk beleid. Cebeon, augustus 2017.

11. Stel een landelijk basispakket preventie vast en leg wettelijk vast dat de jeugdgezondheidszorg door de GGD'en wordt uitgevoerd

Er wordt een landelijk basispakket preventie vastgesteld. Dit pakket bestaat zowel uit taken op het gebied van jeugd als gezondheidsbevordering en infectieziektebestrijding. Versterking van het basispakket jeugd, aangeboden in elke gemeente, zal ook de druk op jeugdzorg verminderen. De gemeenten zouden na de decentralisatie van jeugdzorg gaan investeren in preventie. Dit is echter niet gebeurd. Integendeel. Er is bezuinigd op onder andere jeugdgezondheidszorg. Als het gaat om het vaststellen van een landelijk basispakket, dienen ook eisen gesteld te worden aan de invulling van de taken door de gemeenten. In het pakket wordt duidelijk gemaakt dat de gemeente verplicht is te kijken naar de (sociale) omstandigheden en bij de aanpak van bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg intensief samen te werken met bijvoorbeeld school en jeugdzorg. Ook hierop worden gemeenten afrekenbaar.

Daarnaast dient de jeugdgezondheidszorg specifiek hierin benoemd te worden als uit te voeren door de GGD'en. Het is nu zo omschreven dat de gemeenten programma's moeten bevorderen, maar er staat niet dat de GGD er ook uitvoering aan moet geven. Zodoende is er geen veldnorm en valt deze taak derhalve bijna helemaal buiten de gemeenschappelijke Regeling. Daarmee is het niet structureel geregeld voor de regio maar meer projectmatig per gemeente. En dit is onwenselijk.

12. Voeg aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe

Voeg aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe die de laatste jaren zijn ontwikkeld maar in slechts een deel van de gemeenten worden aangeboden, bijvoorbeeld VoorZorg en Stevig Ouderschap. De Gezondheidsraad adviseert om deze programma's in alle gemeenten aan te bieden.<sup>79</sup>

13. Geef de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg weer een plek in de Wet publieke gezondheid

Door de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg weer een plek in de Wet publieke gezondheid te geven kunnen de GGD'en projecten ten aanzien van burgers met verward gedrag structureel ondersteunen.

## **11. Financiële consequenties**

Als de voorstellen in deze initiatiefnota worden overgenomen dan betekent dit extra investeringen in de GGD'en. De hoogte van de benodigde extra middelen kan pas worden vastgesteld nadat onderzoek is gedaan naar wat de GGD'en aan extra formatie nodig hebben om aan de landelijke normen te kunnen voldoen en hun taken op een zodanig niveau kunnen vervullen als wenselijk wordt geacht.

De indieners stellen voor de GGD'en te financieren via een landelijk preventiefonds. De middelen die de gemeenten krijgen voor de uitvoering van GGD-taken dienen te worden geoormerkt om een adequaat functionerende GGD in het hele land te kunnen garanderen.

Het preventiefonds kan worden gevoed uit de algemene middelen en bijvoorbeeld de accijnzen op tabak en alcohol.

Van Gerven  
Hijink

<sup>79</sup> Kamerstuk 31 015, nr. 151.