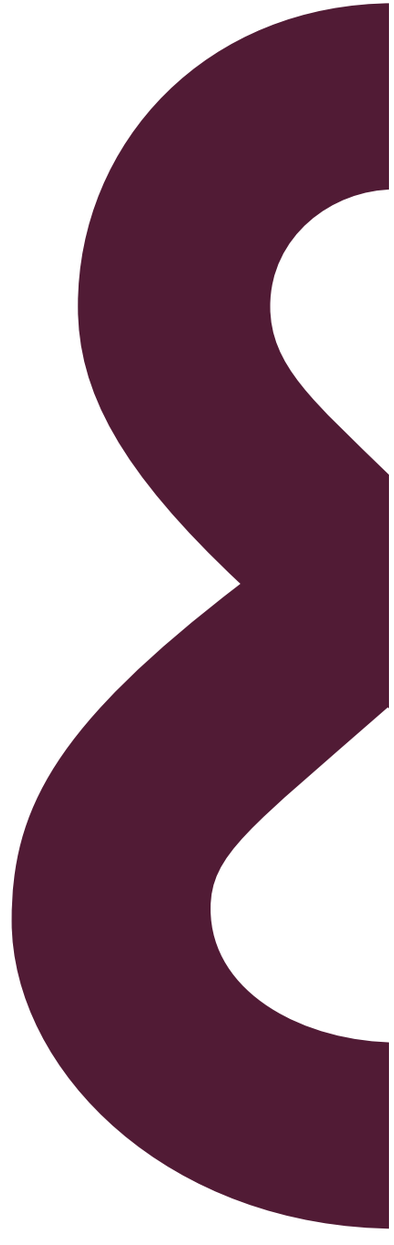
Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Op onze gezondheid

De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg



Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Op onze gezondheid

De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg

Voorwoord

Als we aan gezondheidszorg denken, kennen we allemaal de politieke debatten over personeelstekorten, wachtlijsten en IC-capaciteit van ziekenhuizen. Maar debatten over de basisveiligheid die de publieke gezondheidszorg moet bieden, de aanwezigheid van vaccinaties en beschermingsmiddelen of de publieke taken van de GGD'en – zijn op één hand te tellen. Onze publieke gezondheidszorg is dus niet een erg sexy onderdeel van de gezondheidszorg, maar wel ontzettend cruciaal.

Totdat er een pandemie losbreekt. Het belang van publieke gezondheidszorg, dat wil zeggen de zorg voor de volksgezondheid, werd pijnlijk zichtbaar bij het uitbreken van de coronapandemie. COVID-19 deed de organisatie van publieke gezondheid op haar grondvesten trillen. GGD'en werkten onafgebroken in de frontlinie om verspreiding van deze infectieziekte in te dammen, de vaccinatiegraad te verhogen om daarmee te zorgen voor onze gezondheid.

De coronapandemie bracht tegelijkertijd ook de krapte aan mensen en middelen in de publieke gezondheidszorg aan het licht. Dat fundament bleek te kwetsbaar. Nu de coronacrisis in ieder geval voorlopig lijkt afgewend, is het risico groot dat de aandacht voor de rol van publieke gezondheidszorg en de GGD'en weer naar de achtergrond verdwijnt. En dat mag niet gebeuren: want ook zonder pandemie komen GGD'en onvoldoende toe aan de veelheid van taken die zij te vervullen hebben, zo stellen wij in dit advies. Dit terwijl we een bredere en doortastende aanpak hard nodig zullen hebben om alle uitdagingen die op ons af zullen komen goed aan te kunnen.

Gelukkig zien we dat in de samenleving de aandacht voor publieke gezondheidszorg toeneemt. Zoals we in ons eerdere advies *Een eerlijke kans op gezond leven* lieten zien zijn er in tal van regio's bemoedigende initiatieven en samenwerkingsverbanden die werken aan verbetering van de lokale of regionale volksgezondheid. Ook de Rijksoverheid laat zich niet onbetuigd en initieert, stimuleert en financiert programma's die de volksgezondheid moeten helpen bevorderen.

De RVS ziet dat de afstemming tussen deze programma's lang niet altijd duidelijk is. En veel van de initiatieven hebben een korte looptijd, zijn vrijblijvend en eenzijdig gericht op leefstijl en gedrag van individuele burgers. Eerder hebben we als Raad al gewezen op de invloed die leefomstandigheden zoals wonen, werk, onderwijs en inkomen hebben op leefstijl en gedrag en daarmee op de volksgezondheid. Aandacht voor die achterliggende oorzaken en betrekken van andere sectoren wordt ook wel *Health in All Policies* genoemd. Die beïnvloeding is er ook andersom: gezondheid kan bijdragen aan het realiseren van doelstellingen van die andere beleidsdomeinen. Zo kan een goed ontbijt bijdragen aan de leerprestaties op school. Wij spreken daarom hier liever over *Health in and for All Policies*.

Binnen het thema 'Schurende Stelsels' ziet de Raad dat de regie op volksgezondheid en de wisselwerking met andere domeinen momenteel te kort schiet om een brede benadering van gezondheid te bewerkstelligen. Weliswaar is het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) een stap in de goede richting; het is niet genoeg. Daarom doen wij in dit advies verstrekkender voorstellen, zoals het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen en het benoemen van een regeringscommissaris, gericht op het bieden van een stevig fundament van publieke gezondheidszorg. Dat fundament is niet alleen nodig voor het uitvoeren van reguliere taken en het kunnen doorstaan van een mogelijke crisis in de toekomst, maar ook om een brede benadering van gezondheid daadwerkelijk handen en voeten te geven. Een fundament waarop vele betrokkenen productief samen kunnen werken, 'op onze gezondheid'.

Jet Bussemaker
Voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:
Inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad
Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Jan Kremer
Bas Leerink
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2594 AV Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2023-03
ISBN: 978-90-5732-176-4
Grafisch ontwerp: Studio Duel
Eindredactie: Ellen Segeren, Segeren TEKST
© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, Den Haag, 2023

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ **www.raadrvs.nl**

Inhoudsopgave

Samenvatting **10**

1 Inleiding **15**
1.1 Aanleiding en urgentie 15
1.2 Vraagstelling 19
1.3 Gehanteerde begrippen en definities 20
1.4 Focus en verbinding met de missie van de RVS 21
1.5 Aanpak 22
1.6 Leeswijzer 23

2 Organisatie en inrichting van de zorg voor publieke gezondheid **24**
2.1 Inleiding 24
2.2 Bestuur 25
2.3 Mensen en middelen 31
2.4 Financiering 35
2.5 Dienstverlening 37
2.6 Conclusies 38

3 Belangrijkste knelpunten in het licht van veranderende opgaven **40**
3.1 Inleiding 40
3.2 Bestuur 40
3.3 Mensen en middelen 46
3.4 Financiering 48
3.5 Dienstverlening 48
3.6 Conclusies 49

4 Mogelijke oplossingsrichtingen (en dilemma's daarbij) **51**
4.1 Inleiding 51
4.2 Bestuur: structurele betrokkenheid op lange termijn van andere beleidsdomeinen 51
4.3 Mensen en middelen 61
4.4 Financiering: investeren en oormerken 63
4.5 Dienstverlening 64
4.6 Conclusies 64

5 Advies en aanbevelingen **65**
5.1 Advies en aanbevelingen 65
5.2 Aanbevelingen 66
5.3 Tot slot 68

Bijlage 1 **70**
Literatuur **74**
Adviesvoorbereiding **78**
Geraadpleegde deskundigen **79**

Samenvatting

Aanleiding en urgentie

De volksgezondheid staat onder druk. Nederland heeft zijn koppositie in de EU wat betreft de gemiddelde levensverwachting ruimschoots verloren. Dit is een zorgelijke ontwikkeling, die versterkt wordt door nieuwe uitdagingen die de volksgezondheid bedreigen, zoals een verslechterend milieu en klimaat, infectieziekten/zoönosen, en meer recentelijk de oorlog in Oekraïne en de daaruit voortvloeiende energiecrisis en inflatie.

Deze ontwikkeling raakt niet alleen individuele personen, maar ook de samenleving als geheel. De curatieve gezondheidszorg is 'overvol' en kan de toestroom van nieuwe zorgvragen niet meer aan. Bovendien is er een enorm tekort aan arbeidskrachten in alle (economische) sectoren, waaronder met name ook in de zorgsector. Verlies van arbeidsproductiviteit door vermijdbare overbelasting, ziekte en aandoeningen, kunnen we ons niet veroorloven.

Het significant verbeteren van onze gezondheid kan helpen om het tij te keren. Dit vergt een verschuiving van focus: van het repareren van gezondheidsschade naar het voorkomen ervan.

Er is dan ook terecht veel aandacht voor het bevorderen van de volksgezondheid, van zowel het kabinet als partijen in de samenleving. Maar in dit streven heeft het accent de afgelopen decennia vooral gelegen op het beïnvloeden van persoonsgebonden factoren en leefstijl.

In het denken over publieke gezondheidszorg is evenwel een verandering opgetreden die tot andere inzichten leidt: ongezonde leefstijl en gedrag zijn veeleer op te vatten als symptomen met achterliggende oorzaken. Het aanpakken van die oorzaken is fundamenteler van aard en vraagt meer - én iets anders - van de publieke gezondheidszorg, zoals we die in Nederland hebben ingericht. Veel van deze oorzaken liggen immers niet alleen buiten de individuele invloedssfeer, maar ook buiten het zorgdomein. Dit maakt de opgave complex, maar biedt ook mogelijkheden. Op individuen gerichte interventies om leefstijl en gedrag te veranderen zijn simpelweg te weinig effectief.

Deze beweging 'naar voren' kan daarom alleen slagen als daar een robuuste, goed toegeruste infrastructuur voor bestaat op de snijvlakken van verschillende levensdomeinen.

De geschetste urgentie schept hoge verwachtingen van de publieke gezondheidszorg. In het bijzonder van gemeenten en GGD'-en, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van deze zorg. Tegelijkertijd heeft vooral de coronacrisis de ogen geopend voor een aantal bestaande problemen rond de inrichting en bekostiging van de publieke gezondheidszorg. De beschikbare capaciteit aan mensen en middelen is te beperkt om tot een bredere en doortastende aanpak van de geschetste uitdagingen te komen. Daarnaast is publieke gezondheidszorg op rijksniveau nu thans uitsluitend belegd bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dat is een smalle en daarmee kwetsbare basis. Het bevorderen van de volksgezondheid is een aangelegenheid voor vrijwel alle beleidsdomeinen, of zou dat moeten zijn.

In dit advies richt de Raad zich op de inrichting van de publieke gezondheidszorg; op de structuur die nodig is om voorgestane veranderingen in de aanpak van brede determinanten van gezondheid daadkrachtig ter hand te nemen en te realiseren. Deze structuur moet het fundament vormen waarop de gewenste aanpak kan steunen.

De Raad buigt zich in dit advies daarom over de vragen: "Welke inrichting van het stelsel voor de publieke gezondheidszorg is passend om huidige en toekomstige uitdagingen (de sociale determinanten van gezondheid) het hoofd te bieden? En aan welke voorwaarden moet die inrichting voldoen?"

Belangrijkste knelpunten in het licht van veranderende opgaven

Het fundament van het stelsel voor publieke gezondheidszorg is onvoldoende stevig om publieke gezondheidszorg in de volle breedte te kunnen bieden. En het is onvoldoende toegerust om veranderende maatschappelijke opgaven aan te kunnen. De meest pregnante knelpunten zijn de volgende:

- **Bestuur**
  Het veld is versnipperd; er is geringe betrokkenheid van andere ministeries en gemeentelijke beleidsterreinen bij publieke gezondheidszorg, en het samenspel tussen betrokken overheidslagen verloopt moeizaam. Als gevolg hiervan komt inzet op brede determinanten van gezondheid onvoldoende van de grond.

  De doelstellingen zijn vaag en weinig geoperationaliseerd en te veel gericht op de korte termijn, waardoor de inzet te vrijblijvend is. Er zijn behoorlijke verschillen in de wijze waarop gemeenten invulling geven aan hun rol in de publieke gezondheidszorg. De monitoring van geboekte voortgang is versnipperd en onvoldoende breed en verantwoording is niet sluitend.

- **Middelen:**
  Er zijn grote verschillen tussen GGD'en in mensen, middelen en slagkracht, die onvoldoende beleidsmatig onderbouwd kunnen worden. En er zijn (aanzienlijke) tekorten aan professionals om reguliere taken uit te kunnen voeren en nieuwe uitdagingen het hoofd te kunnen bieden. Ook is er onvoldoende regie op het opleiden van voldoende (goed toegeruste) professionals in de publieke gezondheidszorg. De onafhankelijke adviesfunctie van GGD'en is onvoldoende geborgd en de kennisfunctie is als zodanig matig en gefragmenteerd.

- **Financiering**
  Er wordt weinig 'rechtstreeks' uitgegeven aan publieke gezondheidszorg. De middelen zijn bovendien veelal tijdelijk van aard en vormen soms een sluitpost

van de gemeentelijke begroting. Er is onvoldoende rijksbudget voor gemeenten beschikbaar voor publieke gezondheidszorgtaken. Gemeenten zijn afhankelijk van rijksprioritering.

- **Dienstverlening:**
  Het is niet altijd duidelijk waarom bepaalde taken op het gebied van publieke gezondheidszorg gedecentraliseerd zijn en/of aan bepaalde professionals of organisaties opgedragen zijn. GGD'-en zijn in algemene zin niet zo goed zichtbaar en bereikbaar voor inwoners.

De internationale vergelijking die de Aletta Jacobs School of Public Health in opdracht van de Raad heeft uitgevoerd, laat zien dat er grote variatie is tussen de onderzochte landen voor wat betreft de wijze waarop zij de publieke gezondheidszorg hebben georganiseerd en ingericht. Er is niet één zaligmakende manier en alle landen worstelen met het fundament van de publieke gezondheidszorg.

De Raad constateert dat de inrichting van de publieke gezondheidszorg in Nederland te vrijblijvend en versnipperd is geregeld, te veel gericht is op een korte termijn en dat er te weinig in wordt geïnvesteerd. Dit uit zich in een te eenzijdige aandacht voor individuele preventie, terwijl de maatschappelijke opgaven juist om meer collectieve preventie vragen. Sinds de verzorgingsstaat bijna onafgebroken aan hervorming onderhevig is, is het accent steeds meer komen te liggen op individuele verantwoordelijkheid van burgers. We lopen nu tegen de grenzen van die benadering aan. Dat is ernstig, omdat hierdoor gezondheidswinst blijft liggen en de houdbaarheid van het zorgstelsel in brede zin, in zowel financiële, personele als maatschappelijke zin, onder druk staat.

Advies en aanbevelingen

De inrichting van de publieke gezondheidszorg moet zodanig worden versterkt dat tot een doortastende en minder vrijblijvende aanpak gekomen kan worden. De Raad geeft hiertoe de volgende aanbevelingen.

Stel de verbetering van brede gezondheidsdeterminanten centraal in de publieke gezondheidszorg
Draag als kabinet uit dat publieke gezondheidszorg niet een exclusieve aangelegenheid is van het ministerie van VWS of de gemeenten, maar een aangelegenheid die kabinetsbrede inzet vraagt. "*Health in and for all Policies*" is het nieuwe uitgangspunt. Het beleid van veel departementen is van invloed op de brede determinanten van gezondheid. En andersom is het beleid van VWS ook (mede) van invloed op doelstellingen van andere beleidsterreinen. Het is van belang dit beleid in samenhang te bezien, te beoordelen op (te verwachten) effecten op de volksgezondheid en bij te stellen indien de volksgezondheid daarom vraagt.

Creëer structurele, lange termijn betrokkenheid van verschillende beleidsvelden en samenhang daartussen, op zowel landelijk als op decentraal niveau, waardoor continuïteit van beleid en inzet op verbetering van brede determinanten van gezondheid geborgd en verplichtend is, met een daarbij passende monitoring en verantwoording.

Streef naar wettelijke verankering van gezondheidsdoelen
Het wettelijk verankeren van gezondheidsdoelen is een kansrijke manier om los te komen van kortdurende vierjaarlijkse beleidscycli op landelijk en decentraal overheidsniveau. Daarmee is de continuïteit van beleid gediend en dat is nodig, omdat publieke gezondheidszorg een lange adem vergt. Wettelijke gezondheidsdoelen zijn bovendien verplichtend voor alle betrokken overheidslagen. Het is daarbij wel van belang dat de wettelijke doelen ruimte laten voor betrokken partijen om te bepalen hoe zij daaraan werken en dat deze doelen niet reductionistisch van aard zijn. De Raad beveelt aan de beoogde Gezondheidscommissaris in zijn opdracht mee te geven hiertoe een voorstel te formuleren.

Stel een regeringscommissaris voor de volksgezondheid (Gezondheidscommissaris) aan met een heldere opdracht en mandaat
De aanstelling van een regeringscommissaris voor de volksgezondheid is een forse aanbeveling, die de Raad nodig acht om te stimuleren dat binnen het huidige stelsel maximaal wordt ingezet op de lange termijn en op brede gezondheidsdeterminanten, en dat beter over domeinen heen wordt samengewerkt. Tegelijkertijd is nodig dat de stem van de samenleving meer gehoord en begrepen wordt en meer sturend wordt voor verbetering van de publieke gezondheid. De Gezondheidscommissaris fungeert als spin in het web om deze betrokkenheid en afstemming voortvarend ter hand te nemen.

Blijf inzetten op het versterken van de regionale infrastructuur voor publieke gezondheidszorg
Sluit hiertoe aan bij het voornemen in het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin voor de aansluiting op het sociaal domein wordt voorgesteld om één gemandateerde gemeente te benoemen, die namens andere gemeenten penvoerder en financier is. Maak daarbij zo veel mogelijk gebruik van bestaande constructen, zoals de gemeenschappelijke regelingen GGD'en. Gebruik de regionale preventie-infrastructuur voor de uitvoering van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Zorg voor structurele en toereikende aantallen mensen en middelen
Gelast een onderzoek naar de vraag of de geconstateerde verschillen tussen GGD'en in mensen en middelen te rechtvaardigen zijn. Investeer fors in de bemensing van GGD'en. Verruim zo nodig de veldnormen voor beschikbaarheid van professionals en bevorder de instroom in de opleidingen. Ga hierbij uit van de benodigde capaciteit om zowel reguliere taken uit te kunnen uitvoeren als te kunnen inspelen op nieuwe uitdagingen en risico's voor de volksgezondheid.

Behoud en versterk waar nodig de inbedding van GGD'en in gemeenten, maar borg de onafhankelijke adviesfunctie van GGD'en.

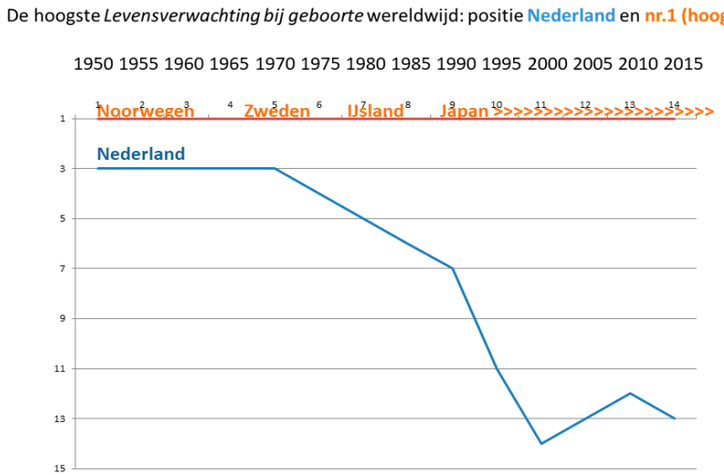
Versterk de kennisinfrastructuur van de publieke gezondheidszorg door aan te sluiten bij de regionale preventie-infrastructuur. Bevorder een intensievere samenwerking tussen GGD'-en, Academische Werkplaatsen, UMC's (vakgroepen sociale geneeskunde), en lectoraten van hogescholen.

Draag zorg voor een stevige structurele financiering van gemeenten voor het uitvoeren van publieke gezondheidszorg. Gebruik hiertoe een substantieel deel van het eerder door de Raad voorgestelde startbudget van € 1,7 miljard (2% van de VWS-begroting).

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en urgentie

De volksgezondheid staat onder druk. Waar Nederland wat betreft de gemiddelde levensverwachting van zijn inwoners, met name vrouwen, in de jaren 80 van de vorige eeuw een koppositie in de EU had[1], is ons land nu afgezakt naar de middenmoot. Ook wereldwijd is Nederland gedaald: van een derde plaats in 1950 naar een veertiende in 2015 (zie figuur 1), met Japan sinds 1990 als de onbetwiste leider. De gezonde levensverwachting (bij geboorte) van Nederlandse vrouwen zit zelfs onder het EU-gemiddelde[2]. De helft van de Nederlanders heeft een of meer chronische ziekten (Zorgmonitor 2019, Nivel). Ook zijn er in Nederland grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen: theoretisch opgeleide mannen leven 5,8 jaar langer dan praktisch opgeleide mannen, en theoretisch opgeleide vrouwen leven 4,3 jaar langer dan praktisch opgeleide vrouwen. Theoretisch opgeleiden leven bovendien langer in goede ervaren gezondheid. Het verschil tussen theoretisch en praktische opgeleide mannen in goed ervaren gezondheid is 14,6 jaar; voor vrouwen is dit verschil 15 jaar[3].



Figuur 1: Positie van Nederland in de wereld qua levensverwachting (bron: Van Loef, 2019)

Deze ontwikkeling is op zichzelf zorgelijk en wordt versterkt door nieuwe uitdagingen die de volksgezondheid bedreigen, zoals verslechterend milieu en klimaat, infectieziekten/zoönosen, verharding, polarisatie en overheidswantrouwen, en meer

1. https://www.rivm.nl/publicaties/lang-leve-nederland-analyse-van-trends-in-nederlandse-levensverwachting-in-europese
2. https://longreads.cbs.nl/europese-meetlat-2019/levensverwachting/
3. https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen/cijfers-en-feiten

recentelijk de oorlog in Oekraïne, de vluchtelingencrisis, de energiecrisis, de inflatie en de aardbevingen in Turkije en Syrië.

Naast deze ontwikkelingen, die het goede (samen)leven ernstig kunnen bedreigen, doen er zich twee met elkaar samenhangende problemen voor. De curatieve gezondheidszorg is 'overvol' en kan de toestroom van nieuwe zorgvragen niet meer aan. Afbuigen van de stijging in de zorgvraag is daarom zeer welkom. Bovendien is er een enorm tekort aan arbeidskrachten in alle (economische) sectoren, met name in de zorgsector. Verlies van arbeidsproductiviteit door vermijdbare overbelasting, ziekte en aandoeningen kunnen we ons niet veroorloven. Het significant verbeteren van onze gezondheid kan helpen om dit verlies te beperken. Dit vergt een verschuiving van focus: van het repareren van gezondheidsschade naar het voorkomen ervan.[4]

Er is dan ook terecht veel aandacht voor het bevorderen van de volksgezondheid, van zowel het kabinet als partijen in de samenleving. Daarvan getuigen bijvoorbeeld de landelijke en regionale preventie-akkoorden, het recentelijk gesloten Integraal ZorgAkkoord (IZA), het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Veranderende opgaven

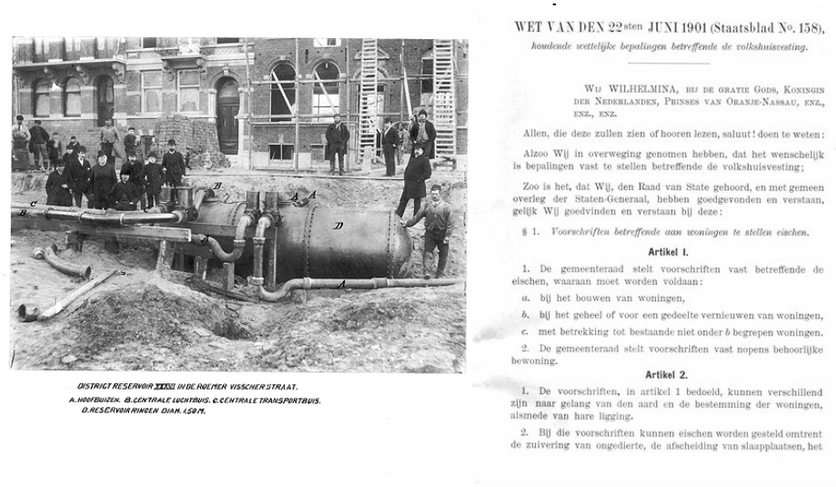
Deze akkoorden zijn echter vooral gericht op de individuele leefstijl van mensen en (met uitzondering van het GALA) op de zorg(sector) als aangewezen actor om hierin verandering te brengen, terwijl andere, veelal buiten het individu gelegen factoren minstens zo bepalend kunnen zijn voor de gezondheid. Denk aan bestaanszekerheid, de leefomgeving, het milieu (luchtkwaliteit, klimaattransities, infectieziekten/zoönosen) en het onderwijs. Weliswaar neemt de overheid veel initiatieven om de leefomstandigheden van Nederlanders te verbeteren – denk bijvoorbeeld aan de kabinetsplannen voor de bestrijding van armoede en de aanpak van de doorgeschoten flexibilisering op de arbeidsmarkt – maar deze inspanningen staan in beginsel los van het beleid om de (volks)gezondheid te verbeteren.

Om deze omstandigheden te verbeteren, zijn langjarige en goed afgestemde inspanningen op allerlei gebieden, domeinen en sectoren nodig, niet alleen binnen de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten: wonen, leefomgeving, inkomensbeleid, onderwijs. Dit inzicht is niet nieuw, maar de discussie hierover klinkt momenteel luider dan lange tijd het geval was, aangewakkerd door de coronapandemie, de groei van het aantal onverzekerden en mensen die geen passende zorg(verlener) kunnen vinden, de klimaatcrisis, de oorlog in Oekraïne en de daaruit voortkomende energiecrisis en inflatie.

4. Uiteraard is daarvoor niet alleen een sterke zorg voor publieke gezondheid nodig, maar ook een actievere inzet van de curatieve zorg, met name van de eerstelijnszorg. De RVS werkt separaat aan een advies over de toekomst van de basiszorg (voorheen eerstelijnszorg).

Deze groeiende aandacht voor de brede determinanten van gezondheid leidt echter (nog) niet tot een doortastende en goed gecoördineerde en afgestemde aanpak. Zie onder meer de publicaties *Herstel begint met een huis* (2020), *Gezondheidsverschillen voorbij* (2021), *Een eerlijke kans op gezond leven* (2021), *Gezichten van een onzeker bestaan* (2021) en *Van schuld naar schone lei* (2022) van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), maar bijvoorbeeld ook recente publicaties van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), het Sociaal-Cultureel Planbureau (SCP) en de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli). Dit gegeven onderstreept de urgentie om hier op een andere manier op in te spelen dan we tot nog toe hebben gedaan.

Het inzetten op de aanpak van brede determinanten van gezondheid volgt uit het besef dat het bevorderen van de volksgezondheid over generaties heen gaat.



DISTRICT RESERVOIR XXXII IN DE ROEMER VISSCHERSTRAAT.
A. HOOFDBUIZEN. B. CENTRALE LUCHTBUIS. C. CENTRALE TRANSPORTBUIS.
D. RESERVOIRRINGEN. DIAM. 150 M.

WET VAN DEN 22sten JUNI 1901 (Staatsblad No. 158),
houdende verscheidene bepalingen betreffende de volkshuisvesting.

WIJ WILHELMINA, BIJ DE GRATIE GODS, KONINGIN DER NEDERLANDEN, PRINSES VAN ORANJE-NASSAU, ENZ., ENZ., ENZ.

Allen, die deze zullen zien of hooren lezen, saluut! doen te weten:

Alzoo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenschelijk is bepalingen vast te stellen betreffende de volkshuisvesting;

Zoo is het, dat Wij, den Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

§ 1. *Voorschriften betreffende aan woningen te stellen eischen.*

Artikel 1.

1. De gemeenteraad stelt voorschriften vast betreffende de eischen, waaraan moet worden voldaan:
   a. bij het bouwen van woningen,
   b. bij het geheel of voor een gedeelte vernieuwen van woningen,
   c. met betrekking tot bestaande niet onder *b* begrepen woningen.
2. De gemeenteraad stelt voorschriften vast nopens behoorlijke bewoning.

Artikel 2.

1. De voorschriften, in artikel 1 bedoeld, kunnen verschillend zijn naar gelang van den aard en de bestemming der woningen, alsmede van hare ligging.
2. Bij die voorschriften kunnen eischen worden gesteld omtrent de zuivering van ongedierte, de afscheiding van slaapplaatsen, het

Figuur 2: De aanleg van een rioolstelsel in de Roemer Visscherstraat volgens de ideeën van ingenieur Charles Liernur (bron: Stadsarchief Amsterdam) en de Woningwet van 1901

In het streven naar bescherming en bevordering van de volksgezondheid heeft het accent de afgelopen decennia vooral gelegen op beïnvloeding van persoonsgebonden factoren en leefstijl. In het denken is een verschuiving ontstaan die tot een andere focus leidt: ongezonde leefstijl en gedrag zijn veeleer op te vatten als symptomen met achterliggende oorzaken. Het aanpakken van die oorzaken is fundamenteler van aard en vraagt meer én iets anders van de publieke gezondheidszorg[5] zoals we die in Nederland hebben ingericht. Veel van deze oorzaken liggen immers niet alleen buiten

5. Zie § 1.2 voor het onderscheid tussen volksgezondheid, publieke gezondheid en publieke gezondheidszorg.

de individuele invloedssfeer, maar ook buiten het zorgdomein. Dit maakt de opgave complex, maar biedt ook mogelijkheden. Op individuen gerichte interventies om leefstijl en gedrag te veranderen zijn simpelweg te weinig effectief. Een bijkomend voordeel van het aanpakken van brede gezondheidsdeterminanten is dat het minder snel een betuttelend karakter heeft en daardoor minder snel op weerstand stuit.

Kwetsbare basis

De geschetste urgentie schept hoge verwachtingen van de publieke gezondheidszorg. In het bijzonder van gemeenten, GGD'en en JGZ-uitvoeringsorganisaties die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van deze zorg. Tegelijkertijd heeft vooral de coronacrisis de ogen geopend voor een aantal bestaande problemen rond de inrichting en bekostiging van de publieke gezondheidszorg.

De recente pandemie, de vastgelopen zorg voor jongeren (jeugdzorg, jeugd-ggz), de toenemende wachtlijsten in het algemeen, de groeiende bezorgdheid over onze ouder wordende populatie, de gevolgen van de toeslagenaffaire op gezondheid en het ontbreken van een vangnetfunctie voor vluchtelingen (Ter Apel) maken eens te meer duidelijk hoe kwetsbaar de beschikbare capaciteit aan mensen en middelen is om tot een bredere en doortastende aanpak van de geschetste uitdagingen te komen.

De coronacrisis laat ook meer structurele problemen zien in de afbakening van taken, financiering en aansturing van de publieke gezondheidszorg. We moeten oppassen dat we niet te veel focussen op het recente verleden en 'de vorige oorlog' willen winnen, maar vooral nadenken over de toekomst, en dan vooral over taken van gemeenten die uitgevoerd worden door GGD'en en JGZ-uitvoeringsorganisaties op het gebied van gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg, verruiming van taken in het kader van ouderenzorg doordat mensen langer thuis wonen en de relatie met Wmo-taken.

Afgezien van de grootschalige uitbraak van het coronavirus en de kosten die dit met zich heeft meegebracht, besteden we in Nederland schokkend weinig aan publieke gezondheidszorg: in normale omstandigheden vindt de uitvoering van de lokale publieke gezondheidszorg[6] voor ruim minder dan 1% van alle gemeentelijke lasten plaats. Ook in vergelijking met de curatieve gezondheidszorg zijn de uitgaven aan publieke gezondheidszorg laag. In 2019 werd € 97 miljard uitgegeven aan de Nederlandse gezondheidszorg[7] en ongeveer € 2,8 miljard aan publieke gezondheidszorg.

Daarnaast is publieke gezondheidszorg op rijksniveau nu uitsluitend belegd bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dat is een smalle en daarmee kwetsbare basis. Het bevorderen van de volksgezondheid is een aangelegenheid voor vrijwel alle beleidsdomeinen, of zou dat moeten zijn. De inrichting van de publieke gezondheidszorg is daarom volgens de Raad aan herijking toe om de enorme opgaven aan te kunnen. Urgentie is daarbij geboden, omdat gezondheidswinst blijft

6. Dit betreft uitgaven aan publieke gezondheidszorg in strikte zin, uitgaven gelieerd aan de uitvoering van de wettelijke taken uit de Wpg.
7. www.vzinfo.nl/kosten-van-ziekten/samenvatting

liggen en de houdbaarheid van het zorgstelsel in brede zin – zowel financieel en personeel als maatschappelijk – onder druk staat, zoals bijvoorbeeld ook recentelijk is beschreven in het WRR-rapport *Kiezen voor Houdbare Zorg*[8].

1.2 Vraagstelling

De aangestipte problemen rond de organisatie en inrichting van de publieke gezondheidszorg wringen temeer omdat een beweging 'naar voren' in gang is gezet, waarbij het zwaartepunt moet verschuiven van het bestrijden naar het voorkomen van ziekten en aandoeningen (vgl. van zz naar gg en mm[9]) en van intramurale naar extramurale zorg en ondersteuning, zo veel mogelijk bij mensen thuis of dicht bij huis, en waarbij steeds meer de context waarin mensen leven, wonen en werken wordt meegenomen. Bewegingen als Welzijn op Recept, Juiste Zorg op de Juiste Plaats, Passende zorg et cetera zijn daar exponenten van. Deze beweging 'naar voren' kan alleen slagen als daar een robuuste, goed toegeruste infrastructuur voor bestaat op het snijvlak van het sociale domein en de curatieve zorg. Deze infrastructuur behelst uiteraard meer dan alleen de GGD'en, maar die vormen binnen de huidige inrichting van ons stelsel voor publieke gezondheidszorg wel het noodzakelijke fundament. Daarnaast brengt het inzicht dat inspanningen op allerlei gebieden buiten het domein van de zorg nodig zijn om de gezondheid van burgers te beschermen en te bevorderen, een andere dynamiek met zich mee. Gemeenten zijn wettelijk grotendeels verantwoordelijk voor beleid en uitvoering van de publieke gezondheidszorg. Taken die in andere domeinen liggen en van invloed zijn of kunnen zijn op de volksgezondheid, zijn niet altijd (uitsluitend) belegd bij gemeenten, maar soms op provinciaal, landelijk of internationaal niveau of combinaties daarvan. Denk aan inkomensbeleid, de inrichting van de leefomgeving en de beteugeling van fijnstof. De vraag is dan: hoe en door wie worden inspanningen op verschillende terreinen samengebracht, zodanig dat 'de neuzen dezelfde kant op staan' en gericht gewerkt kan worden aan bevordering van de volksgezondheid? Het huidige kabinet meent dat hiertoe een regionale infrastructuur het meest kansrijk is.[10] De vraag daarbij is hoe gemeenten – die immers primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van publieke gezondheidszorg – kunnen bewerkstelligen dat zowel in hun eigen beleidsbeslissingen als in beleidsbeslissingen die tot de verantwoordelijkheid van andere bestuurslagen behoren, de invloed op de volksgezondheid expliciet wordt meegewogen en soms zelfs doorslaggevend kan zijn?

In dit advies richt de RVS zich op de inrichting van de publieke gezondheidszorg: de structuur die nodig is om voorgestane veranderingen in de aanpak van brede determinanten van gezondheid daadkrachtig ter hand te nemen en te realiseren. Deze structuur moet het fundament vormen waarop de gewenste aanpak kan steunen. De Raad buigt zich in dit advies daarom over de vraag: *Welke inrichting van het stelsel voor de publieke gezondheidszorg is passend om huidige en toekomstige uitdagingen (de sociale determinanten van gezondheid) het hoofd te bieden? En aan*

8. WRR, 2021. *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.* WRR-rapport 104. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
9. Zz staat voor ziekte en zorg; gg staat voor gezond en gedrag; mm staat voor mens en maatschappij.
10. Zie het Integraal ZorgAkkoord (IZA) § 3.2, en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

welke voorwaarden moet die inrichting voldoen?

1.3 Gehanteerde begrippen en definities

Publieke gezondheid

Zowel in wetgeving als in officiële Nederlandse woordenboeken ontbreekt een goede definitie van 'publieke gezondheid'. Veelal wordt ook in Nederland het Engelse begrip *Public Health* gebruikt, maar dat is misleidend, omdat daarmee vaak publieke gezondheids*zorg* bedoeld wordt. Publieke gezondheid is synoniem voor 'volksgezondheid', de gezondheid van het volk.

Publieke gezondheidszorg

In dit advies hanteren we voor het begrip 'publieke gezondheidszorg' de brede of ruime definitie zoals gebruikt in de internationale vergelijking die in opdracht van de Raad is uitgevoerd door de Aletta Jacobs School of Public Health: "*the science and art of promoting health, preventing disease and prolonging life through the organized efforts of society*".[11] Publieke gezondheidszorg is datgene dat wij als samenleving gezamenlijk doen om de condities te waarborgen waardoor mensen gezond kunnen zijn. Het doel van deze inspanningen is het bevorderen en beschermen van de volksgezondheid.

De inspanningen van de overheid op dit terrein zijn een onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Deze inspanningen dragen bij aan de volksgezondheid en zijn zelfs te zien als de basis voor het welslagen van alle andere bijdragen. Kenmerkend voor de publieke gezondheidszorg is ook dat het daarbij gaat om collectieve interventies en niet om individuele medische antwoorden op zorgvragen.

Preventie[12]

In relatie tot publieke gezondheidszorg wordt vaak het begrip 'preventie' gebruikt. Ook dit begrip leidt gemakkelijk tot verwarring, omdat het een grote lading dekt. Een nader onderscheid is daarom behulpzaam om dit begrip te kunnen duiden. Dit onderscheid kan gemaakt worden in doelgroep, in fase van de ziekte, in doel of in pijlers. Voor dit advies is het onderscheid in doelgroep het meest relevant.

Preventie per doelgroep

Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben, bijvoorbeeld omdat zij meer risico lopen (ernstig) ziek of geïnvalideerd te worden dan wel te overlijden. Een doelgroep kan bestaan uit mensen die tot eenzelfde leeftijdsgroep behoren (ouderen, jongeren) of op een andere manier een groep vormen (zwangere vrouwen, mensen met een lagere sociaaleconomische status, werknemers in een specifieke werkomgeving, mensen in een wijk met een ongezond leefmilieu). Doelgroepen worden vaak onderscheiden naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte, al dan niet al in zorg.

11. Definitie ontleend aan Donald Acheson, 1988.
12. www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie

- Universele preventie richt zich op de gehele bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Bijvoorbeeld de bewaking van de kwaliteit van het drinkwater of het Rijksvaccinatieprogramma.
- Selectieve preventie richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met een of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Bijvoorbeeld de griepprik voor ouderen of het bevolkingsonderzoek borstkanker.
- Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Bijvoorbeeld een beweegprogramma voor mensen met lage-rugklachten of een online groepscursus voor jongeren die last hebben van depressieve klachten.
- Zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een patiënt met COPD (chronische bronchitis en longemfyseem) of een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor een patiënt met obesitas.

1.4 Focus en verbinding met de missie van de Raad: Volksgezondheid én Samenleving ('&')

Een gezonde samenleving is een veerkrachtige samenleving. De basis van ons leven moet een zekere mate van voorspelbaarheid en zelfs zekerheid kennen, een randvoorwaarde voor fysieke en mentale gezondheid. Iedere Nederlander moet financieel kunnen rondkomen, zinvol werk of een dagbesteding hebben in een veilige omgeving, kunnen wonen in een huis en een leefomgeving die niet ziek maken, en kunnen opgroeien en leven in een leefomgeving die gezondheid bevordert. Gezondheid zit hiermee in het hart van de samenleving; het raakt ons allemaal. De zorg voor

gezondheid is daarmee een aangelegenheid die ons allen aangaat en waaraan we allemaal kunnen bijdragen.

Een advies over de zorg voor volksgezondheid in brede zin sluit naadloos aan bij de missie van de RVS, waarin de '&' staat voor verbinding tussen het werkterrein van de Raad en de samenleving. We verwijzen hierbij dan ook graag naar de eerdere rapporten en de werkagenda van de Raad.[13]

Dit advies spitst zich toe op de manier waarop we de publieke gezondheidszorg hebben ingericht en de vraag of deze inrichting voldoende is opgewassen tegen de uitdagingen waarvoor we als samenleving staan. Zorgdragen voor een passende inrichting is niet zaligmakend, maar kan wel leiden tot een stevig fundament: een stabiele ondergrond met een heldere structuur waarop de publieke gezondheidszorg kan floreren, en op basis waarvan gericht kan worden samengewerkt aan een veerkrachtige – en dus gezonde – samenleving. In dit advies gaat de Raad niet in op de pandemische paraatheid of andere gezondheidsdreigingen waarmee onzekerheden, tijdsdruk en urgentie om te beslissen nauw verweven zijn. Bij de aanpak van crises wordt gebruikgemaakt van de bestaande infrastructuur, maar dit vergt een wezenlijk andere organisatie en aanpak dan complexe langetermijnopgaven. Met andere woorden: met vertrouwen paraat staan voor buitengewone omstandigheden vergt aanvullende preparatie (mensen, middelen, methoden en infrastructuur), maar als de basisinfrastructuur gebrekkig is, faalt een crisisaanpak hoogstwaarschijnlijk ook. Het hebben van een stevig fundament voor publieke gezondheidszorg zal ook de crisisbeheersing in Nederland versterken. Bij die crisisaanpak moet men dus kunnen vertrouwen op het fundament, maar moet daarop ook kunnen voortbouwen.

1.5 Aanpak

De RVS heeft ter voorbereiding van dit advies relevante literatuur bestudeerd en stakeholders geconsulteerd. De toekomst van de publieke gezondheidszorg is van groot belang voor alle Nederlanders. Een advies over dit onderwerp kan dan ook niet anders dan tot stand komen op grond van een grondige en brede raadpleging van betrokkenen. Ter voorbereiding is gesproken met tal van betrokkenen. Ook zijn online een dialoognotitie en een publiekssurvey uitgezet en zijn er vragen voorgelegd aan het EenVandaag Opiniepanel over verwachtingen van het beschermen en bevorderen van gezondheid door de overheid.

Parallel aan de raadpleging is aan de Aletta Jacobs School of Public Health de opdracht gegeven om een internationaal vergelijkend onderzoek te doen naar de inhoud van beleid gericht op bevordering en bescherming van de volksgezondheid in andere landen en de manier waarop de uitvoering van dat beleid geregeld en georganiseerd is[14]. Inzichten uit deze internationale vergelijking worden in dit advies gebruikt waar dat mogelijk en relevant is.

13. Zie www.raadrvs.nl
14. Aletta Jacobs School of Public Health. Strengthening public health in the Netherlands. Lessons from global public health systems. June 2022

1.6 Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 schetst de RVS de huidige organisatie, inrichting en financiering van de zorg voor publieke gezondheid. Hiertoe is gebruik gemaakt van de bouwstenen uit de internationale vergelijking: bestuur, middelen, financiering en dienstverlening. Gezien de centrale vraag van dit advies ligt het accent van de beschrijving op de bouwsteen bestuur (governance).

In hoofdstuk 3 analyseert de Raad wat de belangrijkste knelpunten zijn om tot een stevig fundament voor de publieke gezondheidszorg te komen en om veranderende uitdagingen het hoofd te kunnen bieden.

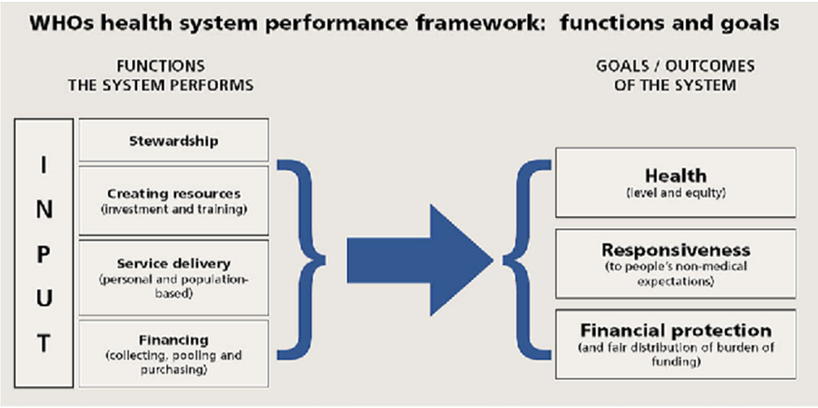
Hoofdstuk 4 staat in het teken van oplossingsrichtingen, waarbij voor sommige knelpunten meerdere opties worden besproken en de Raad zijn voorkeursrichting(en) aangeeft.

Hoofdstuk 5 bevat het advies en de aanbevelingen van de RVS.

2 Organisatie en inrichting van de zorg voor publieke gezondheid

2.1 Inleiding

Om de vraag naar een passende inrichting van de publieke gezondheidszorg in het licht van huidige en toekomstige uitdagingen te kunnen beantwoorden, is het van belang stil te staan bij de huidige organisatie en inrichting van deze zorg.



Figuur 4: WHO health system performance framework (bron: Rohova, 2017)

We maken hiertoe gebruik van de 4 bouwstenen uit de internationale vergelijking die ontleend zijn aan het Health System Performance Assessment (HSPA-kader) zoals gedefinieerd door de WHO: bestuur, genereren van middelen, financiering en dienstverlening.

> ***"Through governance, there are appropriate oversight, regulations, coalitions, and strategic policies in place to meet the demands of the country. Governance functions in collaboration with other sectors and stakeholders outside of the health system. Resource generation equips a health system with all inputs needed to function. It ensures inputs are produced, procured, and made available or maintained when needed, including adequate human resources and medical equipment. Financing is an integral function of a health system which ensures stable and sufficient funds can maintain and support the health system and its beneficiaries. Service delivery ensures effective, safe, and health interventions of high quality are delivered in all settings: the community, the GP practice, and the hospital."***

De meeste aandacht in deze beschrijving gaat naar 'bestuur'. Deze bouwsteen sluit het meest direct aan bij de centrale vraag van dit advies. Bovendien is de wijze waarop de publieke gezondheidszorg bestuurd wordt sterk bepalend voor de andere bouwstenen.

2.2 Bestuur

In de huidige organisatie en inrichting van de zorg voor de publieke gezondheid is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen het rijk en gemeenten. Kort gezegd stelt het rijk de kaders vast, inclusief de wettelijke taken, terwijl gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering.

De centrale overheid is verantwoordelijk voor het stelsel van publieke gezondheidszorg. Het juridische hart daarvan wordt gevormd door de Wet publieke gezondheid (Wpg)[15]. De Wpg is in 2008 in werking getreden. De wet is tot stand gekomen om uitvoering te geven aan internationale regelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De Wpg vervangt de Infectieziektewet, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en de Quarantainewet. In de Wpg zijn de taken omschreven die onder publieke gezondheidszorg begrepen worden. Deze taken zijn – een enkele uitzondering daargelaten – in vrij algemene bewoordingen gesteld. De wet bepaalt niet welke doelen met deze taken behaald moeten worden.

Het rijk: stelselverantwoordelijke én initiator van programma's en akkoorden

Op grond van de Wpg heeft de minister van VWS tot taak de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg te bevorderen en zorg te dragen voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur. Daarnaast is het zijn taak om interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg te bevorderen (art. 3 Wpg).

De minister van VWS heeft eveneens tot taak om een landelijk programma voor uitvoering van onderzoek op het gebied van publieke gezondheid vast te stellen en te financieren (art. 13.1 Wpg).

De minister van VWS heeft naast deze algemene taken een aantal meer inhoudelijke taken op het gebied van publieke gezondheid:

- Het vaststellen van een vaccinatieprogramma, waarin wordt opgenomen welke groepen voor welke vaccinaties in aanmerking komen. De minister draagt via het RIVM zorg voor de regie op en de coördinatie van de uitvoering, en voor de registratie, bewaking en evaluatie van het vaccinatieprogramma (art. 6b Wpg).

15. Niet alle publieke gezondheidstaken zijn opgenomen in de Wpg, zoals forensische zorg en de Oggz. De Oggz is vanuit de WCPV overgegaan naar de Wmo en daaruit weer verdwenen als specifieke taak in de Wmo 2015.

- Het vaststellen van aangewezen bevolkingsonderzoek. De minister draagt via het RIVM ook hier de zorg voor de regie en coördinatie van uitvoering, en voor de registratie, bewaking en evaluatie van de aangewezen bevolkingsonderzoeken (art. 12a Wpg).

Binnen de centrale overheid is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor publieke gezondheid belegd bij het ministerie van VWS. Dit ministerie stelt op grond van de Wpg eens in de 4 jaar een Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) op, waarin doelen staan omschreven die in deze periode met de zorg voor publieke gezondheid moeten worden bereikt. Gemeenten moeten deze landelijke doelen vertalen in een vierjaarlijks op te stellen gemeentelijke gezondheidsnota.

Het rijk is met andere woorden 'stelselverantwoordelijk' en dus verantwoordelijk voor het functioneren van het stelsel, maar niet aanspreekbaar op de resultaten.

Initiator van programma's en akkoorden

Hoewel gemeenten primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorg voor de publieke gezondheid, initieert het ministerie van VWS vanuit zijn rol als stelselverantwoordelijke veel programma's om de zorg voor publieke gezondheid te stimuleren. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

ALLES IS GEZONDHEID

- **Alles is Gezondheid**
  een nationaal programma waarin overheid, bedrijven, sportorganisaties, zorgpartijen en maatschappelijke organisaties samenwerken aan een gezonder en vitaler Nederland. Er zijn acties op het gebied van zorg, school, wijk, werk en gezondheidsbescherming. Het programma is gestart in 2014 en zou doorlopen tot en met 2021, maar loopt nog steeds.

GEZOND IN ...
STIMULERINGSPROGRAMMA GIDS
LOKALE AANPAK GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN

- **GezondIn**
  een stimuleringsprogramma voor de aanpak van gezondheidsachterstanden via de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad (de zogenoemde GIDS-gelden). Via dit programma komen 164 gemeenten in Nederland in aanmerking voor ondersteuning. Deze middelen zijn bedoeld als tijdelijke extra impuls om 164 gemeenten te ondersteunen bij de ontwikkeling van hun eigen lokale, integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. In deze gemeenten liggen de wijken met de grootste problemen op dit gebied. Het programma wordt uitgevoerd door Pharos in samenwerking met Platform31.

Actieprogramma
Kansrijke Start

- **Kansrijke Start**
  een landelijk actieprogramma waarin gemeenten en het rijk samen met medewerkers van wijkteams, welzijnswerk, volwassenen-ggz, geboorte- en jeugdgezondheidszorg werken aan een kansrijke start voor zo veel mogelijk kinderen. Het programma valt onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Een belangrijke bouwsteen in het programma is het bouwen aan lokale coalities. In lokale coalities wordt de aanpak voor de zorg in de eerste 1.000 dagen bepaald. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de totstandkoming, bouw en verankering van coalities.

Naast de programma's is het rijk ook (mede-)initiator van zogenoemde preventie akkoorden. In november 2018 kwam het Nationale Preventieakkoord tot stand: een akkoord tussen meer dan 70 maatschappelijke organisaties, de voedingsindustrie en alcoholproducenten. In het akkoord zijn afspraken gemaakt om obesitas, roken en problematisch alcoholgebruik terug te dringen. Ook op lokaal en regionaal niveau zijn vergelijkbare akkoorden gesloten, veelal gericht op de aanpak van leefstijl en gedrag.

Deze akkoorden moeten het hebben van compromissen tussen betrokken partijen met soms uiteenlopende deelbelangen. Hoewel in deze akkoorden ook afspraken worden gemaakt over de omgeving,[16] worden ze gekenmerkt door een sterk accent op individuele leefstijl van mensen, waarmee het risico bestaat dat de verantwoordelijkheid eenzijdig bij individuen wordt gelegd als de akkoorden onvoldoende tot resultaten leiden.

De meest recente akkoorden zijn het Integraal ZorgAkkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). In het IZA is een paragraaf opgenomen over preventie (§ 3.5). Het gaat hierin vooral over de verbinding tussen publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg. Dat wil zeggen: over individuele preventie (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie) en niet over collectieve preventie. In het GALA zijn afspraken vastgelegd tussen het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en gemeenten. In dit akkoord gaat het vooral over de verbinding tussen het sociaal domein en de curatieve zorg. Een aantal eerdergenoemde programma's (GezondIn en Kansrijke Start) is opgenomen in het GALA.[17]

16. Zoals rookvrije sportterreinen, speeltuinen en gemeentehuizen, maar ook de Amsterdamse wijkaanpak van overgewicht.
17. Het programma Alles is Gezondheid is in 2017 op grotere afstand van VWS gezet en gefuseerd met het Institute for Positive Health; zie https://www.federatievoorgezondheid.nl/wie-zijn-we/leden/alles-is-gezondheid/

Doel van het GALA is 'een gezonde generatie in 2040'. Subdoelen zijn het verkleinen van gezondheidsachterstanden, bewerkstelligen van een gezonde fysieke leefomgeving, goede mentale gezondheid en gezonde leefstijl (Nationaal Preventieakkoord en Nationaal Sportakkoord), vitaal ouder worden en de sociale basis, en als laatste een bijdrage leveren aan het hoofddoel van IZA, namelijk het terugdringen van de zorgvraag.

Hier ligt een kans voor gemeenten om invloed uit te oefenen op omgevingsfactoren, op de context van inwoners. De uitdaging zit in het verbinden van de subdoelen, niet alleen vanuit individueel perspectief, maar juist vanuit een collectief perspectief.

Gemeenten: verantwoordelijk voor beleid en uitvoering van publieke gezondheidszorg

Gemeenten zijn op grond van de Wpg verantwoordelijk voor taken op het gebied van de publieke gezondheid. Zij zijn op grond van art. 2 van deze wet verplicht tot het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Voor de uitvoering van deze taak dienen zij in ieder geval te zorgen voor:

a. het verwerven van op epidemiologische analyse gebaseerd inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
b. het elke 4 jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie;
c. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
d. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering;
e. het bevorderen van medisch milieukundige zorg;
f. het bevorderen van technische hygiënezorg;
g. het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen;
h. het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders;
i. het aanbieden van een vrijwillig prenataal huisbezoek aan zwangere vrouwen en hun gezinnen die in een kwetsbare situatie verkeren.

Daarnaast hebben gemeenten specifieke inhoudelijke taken, soms gericht op welbepaalde doelgroepen, soms op de gehele bevolking:

- jeugdgezondheidszorg (art. 5);
- ouderengezondheidszorg (art. 5a);
- infectieziektebestrijding (art. 6, nader uitgewerkt in vele artikelen van de Wpg);
- mede zorgdragen voor de uitvoering van het deel van het vaccinatieprogramma dat daartoe bij algemene maatregel van bestuur is aangewezen (art. 6b).

De Wpg bepaalt niet welke doelen met deze taken behaald moeten worden. Gemeenten dienen de landelijke doelen uit de door het rijk opgestelde Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) te vertalen in een vierjaarlijks op te stellen gemeentelijke gezondheidsnota, waarin zij accenten kunnen leggen en prioriteiten kunnen aangeven. Deze autonomie geeft gemeenten veel beleidsvrijheid in de uitvoering van publieke gezondheidszorg, ook bij de inzet van mensen en middelen. Daarmee kunnen gemeenten naar eigen inzicht inspelen op lokale verschillen.

Op grond van de Wpg moet elke gemeente in Nederland over een GGD beschikken om taken op het gebied van de publieke volksgezondheid uit te voeren. De gemeenten zijn gezamenlijk per Veiligheidsregio verantwoordelijk voor de instelling en instandhouding van de GGD'en en daarmee ook voor de financiering.[18] Elke Veiligheidsregio heeft één GGD die voor het hele gebied werkt. Zij werken – met uitzondering van de G4 – bovenregionaal met een verschillend aantal gemeenten per GGD samen in een gemeenschappelijke regeling.

De gemeenten en GGD'en maken onderling afspraken over welke taken wel en niet worden uitgevoerd, afgezien van wettelijke taken die ingebed moeten zijn.

Gemeenten zijn niet verplicht om alle taken door GGD'en te laten uitvoeren. Ze kunnen deze ook door een gemeentelijke dienst, zorgaanbieders of een combinatie van zorgaanbieders en GGD laten uitvoeren. Dat geldt in het bijzonder voor de jeugdgezondheidszorg voor de leeftijdsgroep van 0 tot 4 jaar. De mate waarin en wijze waarop wettelijke taken worden uitgevoerd, is afhankelijk van de gemaakte afspraken en hoofdzakelijk van het door gemeenten beschikbaar gestelde budget.[19]

Gemeenten sturen de GGD'en vooral aan op financiën en minder op inhoud, waardoor GGD'en vaak redelijk autonoom functioneren. Dit is de laatste jaren enigszins aan het kantelen. Tijdens de coronacrisis zijn veel gemeentelijke bestuurders zich meer bewust geworden van het belang en de noodzaak van de taken van GGD'en. In het Koersdocument *Met daadkracht naar veerkracht*[20] van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) staat aangegeven dat de opdrachtgever-opdrachtnemersrollen van gemeenten en GGD'en verstevigd moeten worden.

Monitoring

De GGD heeft ook tot taak gemeenten te ondersteunen met advies, signalering van gezondheidsdreigingen en monitoring van de gezondheid van de populatie in hun regio. Zij kunnen daarbij gebruikmaken van vele monitors op landelijk en lokaal niveau: de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, de Gezondheidsmonitor Jeugd, de Leefstijlmonitor, de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein, de Jeugdmonitor, Ouderenmonitor, de meerjarige monitor Gezondheidsonderzoek na Rampen (GoR), Sportopdekaart.nl en Waarstaatjegemeente.nl. Het rijk ondersteunt gemeenten en professionals hierin met kennis en financiën, rechtstreeks of via het RIVM. Dit is ingevuld door diverse ondersteuningsprogramma's, financiering van onderzoeksprogramma's bij Research voor Beleid (nu Panteia), ZonMw en genoemde monitors. Daarnaast heeft het RIVM in het kader van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid een indicatorenset ontwikkeld.[21] Tegelijkertijd heeft de VNG

18. Artikel 14 Wpg.
19. GGD'en ontvangen daarnaast voor sommige programma's (Gezonde School, Rookvrije omgeving en Nu niet zwanger e.d.) rechtstreekse financiering van het rijk. Incidenteel worden andere activiteiten met extern geld uitgevoerd. Zie De GGD in beeld. Een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en, Andersson Elffers Felix,1 juni 2017.
20. VNG Koersdocument: https://vng.nl/nieuws/document-geeft-richting-voor-preventief-gezondheidsbeleid
21. https://www.rivm.nl/publicaties/kerncijfers-publieke-gezondheid-2021

aan de monitor voor het sociaal domein een aantal indicatoren laten toevoegen om meer zicht te krijgen op de werking van de publieke gezondheidszorg op het lokale niveau.[22] Hiermee kan het inzicht in de effectiviteit van het beleid op zowel landelijk als lokaal niveau worden vergroot.

Hiernaast geven monitors van de programma's Alles is Gezondheid en GezondIn, samen met de hiervoor genoemde monitors en de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV), informatie over de ontwikkelingen in de gezondheidssituatie op landelijk en lokaal niveau. Landelijk wordt ook samengewerkt met kennisinstituten aan relevante, eenduidige landelijke cijfers en duiding van cijfers voor het VWS-beleid in de Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Verantwoording

GGD'en leggen jaarlijks verantwoording af aan gemeenten over de uitvoering van wettelijke en andere taken die gemeenten bij de GGD hebben belegd. Gemeenten leggen eenmaal per 4 jaar verantwoording af aan de gemeenteraad over de uitvoering van de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Op landelijk niveau wordt als zodanig geen verantwoording afgelegd over de wijze waarop gemeenten de Wpg en de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) uitvoeren; dat brengt de verdeling van bevoegdheden tussen de landelijke overheid en de gemeenten met zich mee.

Het rijk legt periodiek verantwoording af over de LNG. Bij de totstandkoming van een nieuwe vierjaarlijkse LNG, die aan de Tweede Kamer wordt aangeboden, wordt ook stilgestaan bij de stand van de volksgezondheid in Nederland, op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). In zoverre ligt hierin verantwoording besloten over het gevoerde beleid in de voorafgaande periode.

In de aanbiedingsbrief van de LNG 2016-2019 bijvoorbeeld gaf toenmalig minister Schippers aan dat het de goede kant op gaat met de gezondheid in Nederland, ondanks de nog grote uitdagingen. Dit was vooral te danken aan verbeterde zorg en preventie. Dat vormde toen het argument om geen grote beleidswijzigingen door te voeren.

Het rijk legt periodiek verantwoording af aan het parlement over het door hem gevoerde beleid als stelselverantwoordelijke, maar is niet aanspreekbaar op de resultaten die gemeenten boeken. De bewindslieden van het ministerie van VWS leggen over de verschillende akkoorden, programma's, impulsgelden afzonderlijk verantwoording af aan de Kamer.

Het RIVM brengt in opdracht van het ministerie van VWS elke 4 jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Tot 2014 bevatte de VTV een 'stand van de volksgezondheid' aan de hand waarvan beleid gemonitord kon worden. Dit onderdeel is op verzoek van het ministerie van VWS vervallen. De VTV geeft inzicht in de belangrijkste toekomstige maatschappelijke opgaven voor Nederland op het gebied van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en de

22. https://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/gezondheid

gezondheidszorg in Nederland. De VTV is dus vooral op de toekomst gericht. Zo is de laatste VTV de basis geweest voor de gezondheidsvraagstukken die in de huidige Landelijke Nota Gezondheidsbeleid zijn opgenomen. Het zou logisch zijn de vorderingen te monitoren, maar dat gebeurt niet expliciet. De VTV is geen verantwoordingsdocument over het gevoerde beleid, maar zou daarvoor wel beter benut kunnen worden.

Internationale vergelijking

Uit de internationale vergelijking leren we dat de meeste van de onderzochte landen[23] een specifieke wet voor publieke gezondheid hebben. Singapore en Letland hebben een infectieziektebestrijdingswet. Gedeelde verantwoordelijkheden tussen het nationale en regionale niveau is in de onderzochte landen gebruikelijk. Alle landen hebben een landelijke visie op of plan voor publieke gezondheidszorg dat door regionale of lokale gemeenschappen op maat kan worden gemaakt. Chili, Letland en Singapore hebben specifieke landelijke richtlijnen waarin hun doelen en visie zijn opgenomen. Deze doelen kunnen toegesneden worden op specifieke populaties, zoals minderheidsgroepen. Zo zijn er in Australië en British Columbia specifieke doelen en beleid om de gezondheid van de Aboriginals te verbeteren. Ook Nederland heeft op dit moment landelijke gezondheidsdoelen, maar deze zijn verdeeld over vele verschillende documenten en niet altijd ingebed op het lokale niveau.

2.3 Mensen en middelen

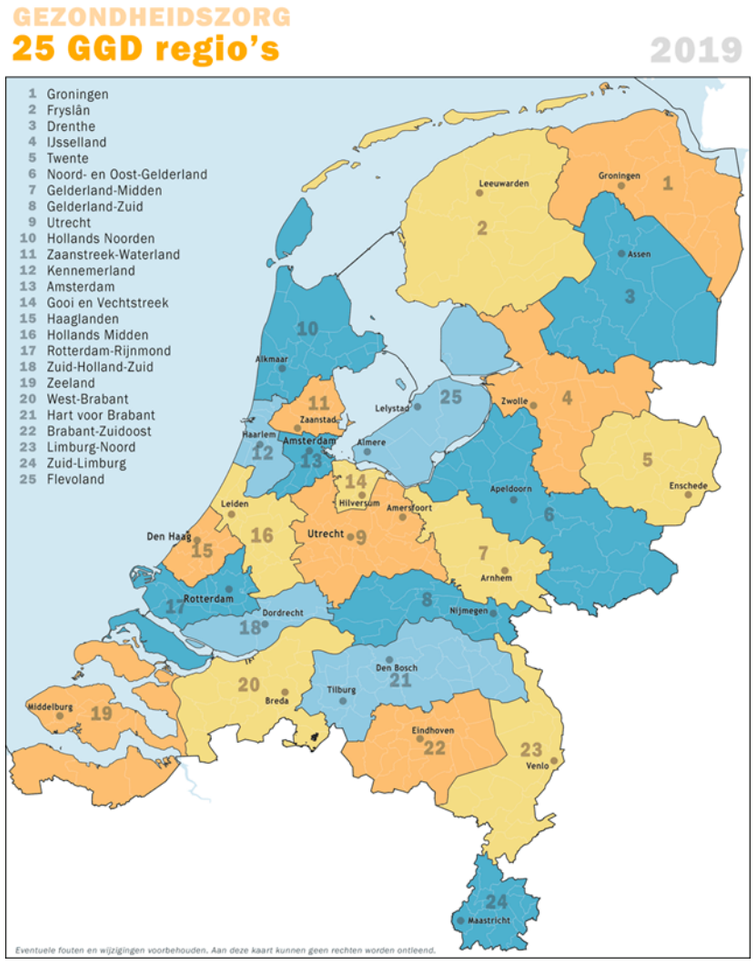
Er zijn veel verschillende beroepsbeoefenaren werkzaam op het gebied van de publieke gezondheidszorg in verschillende organisaties, waaronder het RIVM, universitair medische centra (UMC's), de bloedbank, zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZiN). Een aanzienlijk aantal van hen is werkzaam bij een GGD.

De lijst van taken die GGD'en uitvoeren is lang. Dat wil niet zeggen dat iedere GGD al die taken uitvoert. Dat hangt ook af van specifieke risico's in een gebied. Zo is er in Noord-Brabant veel veehouderij, dus let de GGD extra op gezondheidsrisico's door dierziekten en fijnstof afkomstig uit stallen. Rotterdam heeft een groot industrieel gebied en een haven en kent meer dan 170 nationaliteiten. Dat brengt weer andere risico's met zich mee, zoals mensen uit binnen- en buitenland die ziekten uit het buitenland importeren, risico's van chemische stoffen uit de industrieën en de scheepvaart, en de noodzaak van het cultuursensitief voorlichten van inwoners in acute en minder acute omstandigheden. In Amsterdam staat soa- en aidspreventie naast een gezonde leefomgeving hoog op de agenda. In Groningen doet de GGD onderzoek naar de gezondheidsgevolgen van de aanhoudende gaswinnings problematiek, en GGD Zuid-Limburg is in het bijzonder actief in het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de instelling en instandhouding van de GGD'en. Met de komst van de Wpg in 2008 en een herziening daarvan in 2011 is het

23. Australië, British Columbia (Canada), Chili, Denemarken, Denemarken, Verenigd Koninkrijk, Italië, Letland, Nederland, Singapore.

aantal GGD'en landelijk teruggebracht tot 25, gelijk aan het aantal Veiligheidsregio's. Hulpdiensten, brandweer en GGD werden hiermee gestimuleerd nauwer met elkaar samen te werken. Inmiddels vallen de GGD-regio's vrijwel overal samen met de veiligheidsregio's. De organisatorische vorm van GGD'en is per regio verschillend. In sommige regio's werken de GGD'en samen met een veiligheidsregio binnen één organisatie, in andere regio's niet.



Figuur 5: De 25 GGD-regio's (bron: Van Aalst, 2019)

Het landelijk samenwerkingsverband van alle GGD'en is in 2014 samengegaan met de landelijke koepel van de 25 GHOR-bureaus (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) in de vereniging GGD GHOR Nederland. Alle GGD'en hebben een Directeur Publieke Gezondheid (DPG), die ook Directeur GHOR is. Deze DPG'en vormen samen de kern van de landelijke koepel GGD GHOR Nederland. De koepel ondersteunt de DPG'en onder andere met bovenregionale projecten en in de uiteenlopende gesprekken met de rijksoverheid en andere landelijke actoren. De koepel heeft echter geen formele rol. De afgelopen jaren ontwikkelde de koepel zich vooral voor ondersteuning van de DPG'en. Hiermee is onvoldoende voorzien in sturing op bovenregionale vraagstukken en samenwerking. Onduidelijk is bijvoorbeeld wie voor de goede infrastructuur en middelen zorgt om tot lerende netwerken te komen. Bij COVID-19 zagen we dat de minister van VWS ervoor koos om leiding te geven aan de bestrijding via dienstverleningsovereenkomsten met GGD GHOR Nederland. Dit leidde tot de COVID-19 Programma Organisatie (CPO), later overgegaan in de stichting Landelijke Coördinatie COVID-19 Bestrijding (LCCB). Inmiddels heeft de minister besloten leiding te geven aan de bestrijding (preparatie en respons) via de Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI), die is ondergebracht bij het RIVM.

Internationale vergelijking

Uit de internationale vergelijking komt naar voren dat er veel verschillende groepen professionals werkzaam zijn in de publieke gezondheidszorg. De meest zichtbare professionals zijn degenen die in de frontlinie werken, zoals verzorgenden en verpleegkundigen, artsen, tandartsen, diëtisten, psychologen, sociaal werkers en apothekers. Sommige landen hebben specifieke ondersteuning voor minderheidsgroepen, zoals de Aboriginal-gezondheidswerkers in Australië. Het Verenigd Koninkrijk, Letland, Australië en British Columbia kennen een superviserende en coördinerende rol voor bepaalde personen. Het Verenigd Koninkrijk, Australië en British Columbia hebben een *chief medical officer*, die fungeert als de belangrijkste adviseur van de regering op het gebied van publieke gezondheidszorg. In Singapore en Chili kennen ze Directeuren Publieke Gezondheid en viceministers Publieke Gezondheid die een vergelijkbare verantwoordelijkheid hebben.

Kennisinfrastructuur

De kennisinfrastructuur voor publieke gezondheid is divers. Er zijn zowel landelijk als regionaal opererende organisaties, opdrachtgevers en instituties.[24]

Landelijk

Op landelijk niveau fungeren ministeries doorgaans als opdrachtgever en financier. Voor VWS (en andere departementen) is het RIVM een belangrijk onderzoeksinstituut, in de afgelopen eeuw ontwikkeld in reactie op de dreigingen voor de Nederlandse Volksgezondheid. De onafhankelijke positie is geborgd in de Wet op het RIVM[25]. Een andere belangrijke partij in de landelijke kennisinfrastructuur is ZonMw. Dit is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) dat in opdracht van vooral het ministerie van VWS en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) programma's

24. Backx H.A.M. Kennis als kracht voor gezondheid. Rapportage opdracht kennisinfrastructuur, maart 2022. In opdracht van GGD GHOR Nederland
25. https://wetten.overheid.nl/BWBR0008289/2020-03-19

ontwerpt en onderzoeks- en innovatieprojecten financiert. De programma's vormen de basis van verschillende subsidierondes die gedurende het jaar worden uitgezet. Vaak zijn GGD'en betrokken bij deze zogenoemde calls en onderzoeken. Naast deze partijen zijn er op landelijk niveau de Thema-instituten. Deze vertonen een breed palet aan onderwerpen die op het gebied van publieke gezondheid spelen. Zo zijn er kennisinstituten op het terrein van arbeid, sport, welzijn, ouderen, patiënten, gezondheidsverschillen, leefomgeving, seksuele gezondheid, soa-aids, geestelijke gezondheid, verslaving, veiligheid, voeding, jeugd, jeugdgezondheidszorg, beroepsziektes, gezond gewicht, sport en gemeenten. Voorbeelden hiervan zijn het Kenniscentrum Sport, Movisie, Pharos, Trimbos-instituut en Vilans. Veel van deze organisaties krijgen een instellingssubsidie van een departement.

Ook de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) is een landelijk kennisinstituut in de publieke gezondheid. De NSPOH verzorgt het postdoctorale onderwijs voor artsen die werkzaam zijn in de publieke gezondheid: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen Maatschappij + Gezondheid (M+G). Daarnaast leidt de NSPOH verpleegkundigen op in de M+G-sector.

Regionaal
Op regionaal niveau spelen de onderwijs- en onderzoeksorganisaties (universiteiten, hogescholen en ROC's), de GGD'en en de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid / Jeugd / Langdurige Zorg / Ouderenzorg / Sociaal Domein een grote rol.

De GGD'en zijn op grond van hun wettelijke taken actief in het regionale kennis- en onderzoeksveld. De Wpg schrijft voor dat een GGD minimaal een aantal (wetenschappelijke) disciplines moet herbergen – naast sociaal geneeskundigen ook epidemiologen en gedragswetenschappers – en het Besluit publieke gezondheid noemt het verrichten van onderzoek als een van de taken van een GGD. Vaak richten GGD'en zich in deze rol op het verzamelen en in kaart brengen van gezondheidsgegevens en het (laten) doen van gezondheidsonderzoek na een ramp of crisis. In toenemende mate hebben de GGD'en de afgelopen decennia een bredere onderzoeksrol opgepakt, veelal in samenwerking met de Academische Werkplaatsen en/of de universitaire centra en onderwijsinstellingen in hun regio.

Universiteiten hebben de afgelopen jaren rond publieke gezondheid hun regionale functie versterkt. Het zijn niet alleen de UMC's die zich hierin betuigen, ook op de andere universiteiten worden verbindingen gelegd met de publieke gezondheid. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (AWPG) niet alleen bij de 8 UMC's georganiseerd zijn, maar op 11 plaatsen in het land. Ook hogescholen doen in toenemende mate onderzoek naar preventie en gezondheid en spelen een rol in de Academische Werkplaatsen. Ook de zorgverzekeraars benutten de regio steeds meer en steunen kennisontwikkeling en onderzoek. Ze hebben zelf veel kennis en data die behulpzaam kunnen zijn in het regionale preventiebeleid.

De AWPG vormen een belangrijke regionale schakel in de kennisinfrastructuur voor publieke gezondheid. In ons land zijn er 11 actief. Daarnaast zijn er Academische Werkplaatsen voor Jeugd/Jeugdgezondheidszorg, voor Langdurige ouderenzorg en

Sociaal Domein, waarbij GGD'en ook betrokken zijn. De Academische Werkplaatsen zijn regionale samenwerkingsverbanden tussen onderzoek, praktijk en beleid die zich ten doel stellen om door samenwerking het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid naar een hoger niveau te brengen. Daarbij is het versterken van de contacten tussen de GGD'en en universiteiten volgens de werkplaatsen een belangrijk streven. De samenstelling van partijen die in een werkplaats deelnemen is zeer verschillend. Het betreft vaak niet uitsluitend de verbinding met het onderzoek van een universiteit, ook hogescholen zijn steeds vaker betrokken bij de werkplaatsen. Bij een werkplaats zijn vaak meerdere GGD'en betrokken.

De positie en mogelijkheden per AWPG verschillen fors. De werkplaatsen hebben een enorme impuls gekregen met het ondersteuningsprogramma van ZonMw dat in 2005 gestart werd en een vervolg kreeg tot 2012. Hiermee werden de werkplaatsen in hun organisatie financieel ondersteund. Sindsdien moeten de werkplaatsen op eigen benen kunnen staan en dat gaat niet altijd gemakkelijk. De rol van een GGD is per werkplaats verschillend. Op een aantal plaatsen heeft zij het voortouw en de coördinatie, bij andere ligt die rol nadrukkelijk bij het UMC. Naast de verschillen in positie en mogelijkheden zijn de Academische Werkplaatsen niet overal al structureel ingebed in de regionale kennisinfrastructuur.

2.4 Financiering

Het is lastig precies aan te geven hoeveel we in Nederland uitgeven aan publieke gezondheidszorg. Dat is namelijk afhankelijk van welke uitgaven onder dit begrip geschaard worden. Wanneer we uitgaan van cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over 'zorgfuncties' (wat is het doel van de bestedingen) en dan preventie nemen en daarbij bekijken wat de overheid direct betaalt of welke eigen betalingen of bijdragen mensen zelf doen (dus niet door de Zvw of Wlz), dan komen we uit op ongeveer € 8,9 miljard.[26] Wanneer we de kosten van preventie uit VZinfo[27] ter hand nemen – die de totale uitgaven aan preventie bekijkt, ook de uitgaven die buiten de klassieke medische sfeer liggen, zoals riolering, verkeersregels et cetera – dan geven we € 12,5 miljard uit.

- In 2015 werd 12,5 miljard euro uitgegeven aan preventie
- Met bijna 9,5 miljard (76,0%) ging het grootste deel van de uitgaven naar gezondheidsbescherming
- In het kader van gezondheidsbescherming werd het meeste uitgegeven aan riolering, waterkwaliteit, luchtkwaliteit, afvalverwerking en verkeersveiligheid
- 2,3 miljard (18,8%) ging naar ziektepreventie en 647 miljoen (5,2%) naar gezondheidsbevordering
- De totale uitgaven aan preventie zijn tussen 2003 en 2015 gedaald
- Overheid betaalt 59% van uitgaven aan preventie

Figuur 6 Kosten van preventie 2015 (bron: https://www.vzinfo.nl/kosten-van-preventie*)*

26. https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84043NED/table?dl=78F5D
27. www.vzinfo.nl/kosten-van-preventie

Van de € 12,5 miljard die in 2015 aan preventie werd uitgegeven, ging het meeste naar riolering, water- en luchtkwaliteit et cetera, zaken die we als vanzelfsprekend zien en niet direct tot publieke gezondheidszorg rekenen (en die waarschijnlijk ook niet zijn meegenomen in de OESO-cijfers die gebruikt zijn voor de internationale vergelijking). De overblijvende € 2,3 miljard + € 0,6 miljard = € 2,9 miljard is iets meer dan de € 2,8 miljard op de begroting voor 2022.

Omgerekend is dat ongeveer € 735 per inwoner, terwijl we in 2019 zo'n € 5.000 per inwoner hebben uitgegeven aan geneeskundige en langdurige zorg. De uitgaven voor publieke gezondheidszorg en 'zorg' staan dus in schril contrast met elkaar.

Gemeenten, die slechts een deel van de middelen voor publieke gezondheidszorg tot hun beschikking krijgen, besluiten welke financiële middelen voor welke deeltaken binnen de publieke gezondheidszorg worden ingezet (en daarmee ook welke middelen GGD'en krijgen). Gemeentelijke financiën zijn echter onvoorspelbaar, vooral omdat gemeentelijk beleid qua financiering vaak het sluitstuk is van rijksbeleid[28]. Gemeenten zijn voor hun financiering grotendeels afhankelijk van het rijk via het gemeentefonds. De hoogte van dit fonds wordt bepaald aan de hand van de beleidskeuzes van het kabinet. Stijgen de uitgaven, dan stijgt het gemeentefonds mee. Dalen de rijksuitgaven, dan hebben gemeenten ook minder te besteden.

Gemeenten krijgen overigens extra geld om bepaald beleid van de rijksoverheid uit te voeren. Dit zijn specifieke uitkeringen oftewel SPUK's. De gemeente kan met SPUK's bijvoorbeeld de luchtkwaliteit verbeteren of leerachterstanden verminderen.[29] Het aantal SPUK's stijgt enorm: het is in amper 5 jaar tijd bijna vertienvoudigd. Vanuit gemeenten klinkt er kritiek op deze ongebreidelde groei. Zij zien hun administratieve lasten en kosten hierdoor oplopen. Voor elke SPUK geldt namelijk dat de ontvangende gemeente aan het rijk verantwoording moet afleggen over hoe het geld is besteed. Voor alle gemeenten samen zou het gaan om een bedrag van ruim € 17 miljoen aan verantwoordingslasten. En die kosten worden niet door het rijk vergoed.[30]

De middelen voor de SPUK's worden voor een deel uit het vrij besteedbare gemeentefonds gehaald en daarmee bepaalt het rijk in feite waaraan gemeenten het geld besteden: ze krijgen het alleen als een accountantsverklaring bevestigt dat de uitgaven volgens de regels van het rijk zijn gedaan.

Gezondheidsbevordering is grotendeels afhankelijk van tijdelijke, niet structurele middelen. Dit betreft zowel landelijke programma's, zoals het Nationaal Preventieakkoord, als gelden via het gemeentefonds met een tijdelijk karakter, met name de gelden voor het programma Gezond in de Stad (GIDS).

28. Zie https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheidvan-de-ggd-sbloot~ba8b34cb
29. Zie www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financien-gemeenten-en-provincies/belastinginkomsten-en-specifieke-uitkeringen-gemeenten-en-provincies/specifieke-uitkeringen-sisa-gemeenten-en-provincies
30. https://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/spuk-bombardement-rijk-treft-gemeenten

Veel van deze eerdere en tijdelijke subsidies zijn met het GALA vervangen door een brede SPUK' waarin de losse regelingen gebundeld zijn. Deze zal tot 2026 gelden. Over het vervolg (al dan niet een brede SPUK) moet nog een besluit genomen worden. Een substantieel deel van de middelen is structureel beschikbaar (voor onder meer sport en bewegen, gezondheidsachterstanden, valpreventie en kansrijke start). Voor valpreventie is na 2025 budget beschikbaar vanuit het regeerakkoord maar wordt ook een korting op de middelen voor de Wmo ingeboekt.

Internationale vergelijking

De internationale vergelijking laat zien dat publieke gezondheidszorg in veel landen gefinancierd wordt uit belastingen. Letland en Chili kennen hiernaast ook eigen betalingen voor sommige publieke gezondheidsdiensten. In de meeste landen zijn deze diensten voor bepaalde doelgroepen gratis, zoals vaccinaties voor kinderen en de griepprik voor ouderen. In alle landen zijn de uitgaven voor publieke gezondheid in vergelijking tot de uitgaven voor curatieve zorg erg laag: uitgaven aan publieke gezondheidszorg variëren over het algemeen van 1% tot 3% van alle zorguitgaven.

2.5 Dienstverlening

Diensten van publieke gezondheidszorg worden in Nederland op verschillende plaatsen geleverd. Sommige diensten worden op GGD-locaties of op locaties van andere JGZ-uitvoerders geleverd, andere in of door huisartsenpraktijken of (leefstijl)poli's in ziekenhuizen. GGD-locaties zijn voor lokale inwoners soms lastig te vinden (vaak ver weg) en daarmee minder toegankelijk. Een uitzondering vormen de consultatiebureaus voor kinderen van 0 tot 4 jaar. In de meeste regio's is er een consultatiebureau binnen een straal van 10 tot 20 km.

GGD'en leveren daarnaast diensten op locatie waarvoor inwoners niet naar een GGD-locatie hoeven te komen. Dat betreft bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg voor kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar, diensten van schoolartsen of voorlichtingsbijeenkomsten rondom specifieke gezondheidsdreigingen zoals zorgen rondom veehouderijen, fabrieken of bodemsaneringen.

Internationale vergelijking

De internationale vergelijking laat zien dat in verschillende landen publieke gezondheidsdiensten, vaker dan in Nederland het geval is, in eerstelijnscentra worden aangeboden.

In Chili bijvoorbeeld zijn naast de regionale ministeriële secretarissen (SEREMIS) de netwerken voor eerstelijnsgezondheidszorg verantwoordelijk voor het leveren van openbare gezondheidsdiensten. Het belangrijkste toegangspunt voor deze diensten is via primaire gezondheidscentra. Vaccinaties worden geleverd via scholen binnen het schoolvaccinatieprogramma. Het netwerk van eerstelijnszorg is geïntegreerd met secundaire en tertiaire zorgniveaus.

In Singapore is het volksgezondheidssysteem geïntegreerd met het reguliere gezondheidszorgsysteem, terwijl de Health Promotion Board onderwijs- en

trainingsmiddelen biedt. Openbare gezondheidsdiensten worden meestal geleverd binnen scholen en werkplekken, in samenwerking met eerstelijnszorginstellingen en binnen de gemeenschap.

En in het Verenigd Koninkrijk worden openbare gezondheidsdiensten geleverd in *community centres,* waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en waar ze kunnen leren en zich ontspannen en ondersteuning kunnen vinden. Er worden sociale activiteiten georganiseerd, er wordt eerstelijnszorg geboden en er worden openbare gezondheidsdiensten verleend.

2.6 Conclusies

De huidige organisatie en inrichting van de Nederlandse publieke gezondheidszorg oogt als een lappendeken. Versnippering kenmerkt alle bouwstenen.

Bestuur

Het bestuur bestaat uit gedeelde, maar niet scherp afgebakende verantwoordelijkheden tussen de rijksoverheid en gemeenten; in de formele structuur speelt 'de regio' vooralsnog een marginale rol. Het rijk stelt de kaders vast, terwijl gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering. Maar het rijk is ook initiatiefnemer van programma's en akkoorden. Voor veel – maar niet alle – wettelijke taken heeft de gemeente de nodige beleidsvrijheid om daar naar eigen inzicht invulling aan te geven. GGD'en vervullen veel van deze taken in opdracht van gemeenten. De gemeenten zijn gezamenlijk per Veiligheidsregio verantwoordelijk voor de instelling en instandhouding van de GGD'en en daarmee ook voor de financiering.

Er zijn heel veel monitors in omloop, zowel op landelijk als lokaal niveau, die beogen inzicht te verschaffen in bepaalde aspecten van de volksgezondheid. Er is geen eenduidig overzicht over de staat van de volksgezondheid als geheel.

Alle betrokken partijen leggen periodiek verantwoording af aan hun 'opdrachtgevers': de GGD'en leggen jaarlijks verantwoording af aan gemeenten; gemeenten leggen eenmaal per 4 jaar verantwoording af aan de gemeenteraad; het rijk legt periodiek verantwoording af aan de Tweede Kamer over het door hem gevoerde beleid als stelselverantwoordelijke, maar is niet aanspreekbaar op de resultaten die gemeenten boeken.

Mensen en middelen

Er zijn veel verschillende beroepsbeoefenaren werkzaam op het gebied van de publieke gezondheidszorg, in veel verschillende organisaties. Een aanzienlijk aantal van hen werkt bij een GGD. GGD'en voeren enorm veel taken uit, maar niet iedere GGD voert al deze taken uit; dit is mede afhankelijk van specifieke risico's in een gebied en van de wijze waarop de gemeente de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg heeft belegd.. Het aantal GGD'en is in de afgelopen decennia teruggebracht tot 25, gelijk aan het aantal Veiligheidsregio's.

De kennisinfrastructuur voor publieke gezondheid is divers. Er zijn zowel landelijk als regionaal opererende organisaties, opdrachtgevers en instituties. Op landelijk niveau zijn dat met name het RIVM, ZonMw, de thema-instituten en de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH). Op regionaal niveau spelen de onderwijs- en onderzoeksorganisaties (universiteiten, hogescholen en ROC's), de GGD'en en de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid / Jeugd / Langdurige Zorg / Ouderenzorg / Sociaal Domein een grote rol.

Financiering

De financiering van de publieke gezondheidszorg is – zeker in vergelijking met de curatieve zorg – mager. Gemeenten, die slechts een deel van de middelen voor publieke gezondheidszorg tot hun beschikking krijgen, besluiten welke financiële middelen voor welke deeltaken binnen de publieke gezondheidszorg worden ingezet (en daarmee ook welke middelen GGD'en krijgen). Gemeentelijke financiën zijn echter onvoorspelbaar. Publieke gezondheidszorg is daarmee vooral afhankelijk van tijdelijke financiering.

Gemeenten krijgen overigens ook specifieke uitkeringen (SPUK's) om bepaald beleid van de rijksoverheid uit te voeren. Veel van deze eerdere en tijdelijke subsidies worden met het GALA vervangen door verschillende SPUK's, die voor de looptijd van het akkoord worden gebundeld tot een brede SPUK.

Dienstverlening

Diensten van publieke gezondheidszorg worden in Nederland op verschillende plaatsen geleverd. Sommige diensten worden op GGD-locaties of bij andere JGZ-uitvoerders geleverd, andere in of door huisartsenpraktijken of in ziekenhuizen. GGD-locaties zijn voor lokale inwoners soms lastig te vinden (vaak ver weg) en daarmee minder toegankelijk. GGD'en leveren daarnaast ook veel diensten op locatie, waarvoor inwoners niet naar een GGD-locatie hoeven te komen.

3 Belangrijkste knelpunten in het licht van veranderende opgaven

3.1 Inleiding

De publieke gezondheidszorg verdient een stevig fundament. Dat is nodig om zowel reguliere taken goed te kunnen uitvoeren als om nieuwe uitdagingen aan te kunnen. Want dat zijn er veel:

In de bijeenkomsten die de RVS ter voorbereiding van dit advies heeft gehouden, zijn de volgende uitdagingen genoemd: leefstijl, milieu (lucht, water- en bodemkwaliteit, klimaattransities, infectieziekten/zoönosen), gezondheidsachterstanden, overheidswantrouwen, verharding en polarisatie, ondergraving van solidariteit binnen het zorgstelsel, samenhang tussen publieke gezondheid en veiligheid, digitalisering van de zorg en van de samenleving, en versnippering in governance van het stelsel. Meer recentelijk kunnen daar naar ons inzicht aan worden toegevoegd: de oorlog in Oekraïne, de vluchtelingencrisis, de energiecrisis en de inflatie.

In dit hoofdstuk brengt de Raad in kaart wat in dit licht bezien de belangrijkste knelpunten zijn van de huidige inrichting van de publieke gezondheidszorg. Ook in dit hoofdstuk hanteert de Raad de bouwstenen uit de internationale vergelijking: bestuur, middelen, financiën en dienstverlening.

3.2 Bestuur

Gebrekkig samenspel met andere ministeries en gemeentelijke beleidsterreinen

Binnen de centrale overheid is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor publieke gezondheid belegd bij het ministerie van VWS. Andere ministeries dragen *als zodanig* geen verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Dit wringt in toenemende mate, omdat juist beleid van andere ministeries grote invloed heeft op de brede gezondheidsdeterminanten en daarmee op de volksgezondheid. Denk aan regelgeving en beleid op het gebied van stikstof en waterkwaliteit: het kabinet moet aan Europese regels voldoen, doet dit niet of onvoldoende, laat een crisis ontstaan en rept al die tijd niet over de gevolgen voor de volksgezondheid. Johan Remkes laat in zijn rapport over een duurzame toekomst voor agrarische ondernemers en het landelijk gebied de leefbaarheidsopgaven grotendeels buiten beschouwing, maar wijst het kabinet er wel op dat de genoemde opgaven ook gaan om de gezondheid van mensen. Een reductie van de uitstoot van stikstof verlaagt bijvoorbeeld de vorming van smog en fijnstof en die verlaging is goed voor onze gezondheid. Te hoge nitraatgehaltes in het drinkwater zijn ook schadelijk.[31]

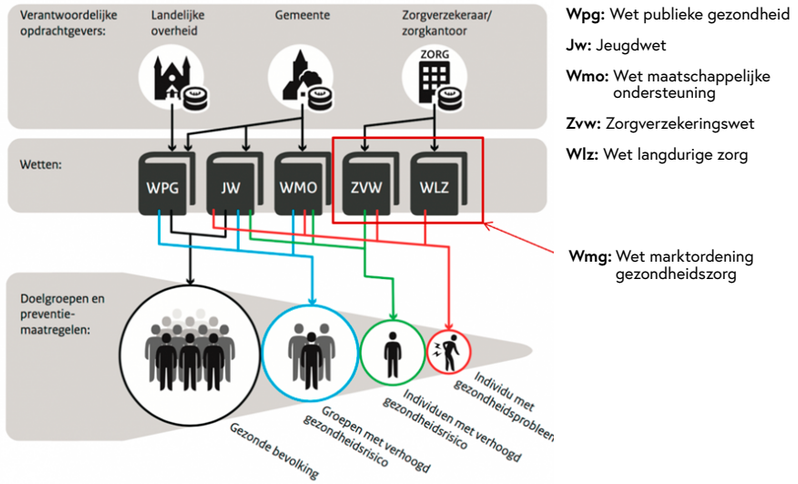
31. J. Remkes (2022). Wat wel kan. Uit de impasse en een aanzet voor perspectief, blz. 39 e.v.

Andere ministeries ontwikkelen uiteraard wel beleid dat rechtstreeks bijdraagt of kan bijdragen aan de volksgezondheid. Denk bijvoorbeeld aan de Omgevingswet of socialezekerheidsregelingen. Soms echter conflicteert beleid van andere ministeries met het belang van de volksgezondheid en vaak is de onderlinge afstemming tussen ministeries niet of onvoldoende geborgd, waardoor uitvoerders van het beleid en gebruikers en verleners van preventieve zorg in verwarring achterblijven, zonder adequate ondersteuning.

Iets vergelijkbaars zien we binnen gemeenten, die organisatorisch zijn verdeeld in verschillende beleidsterreinen zoals onderwijs, welzijn, sociale zaken, verkeer en vervoer, ruimtelijke ordening, economie, milieu et cetera. Het blijkt in de praktijk lastig om uit de 'silogerichte inrichting en aanpak' te komen, mede door schotten in wet- en regelgeving en voorwaarden in financieringsregelingen.

Naast verschillende wetten en beleid van andere ministeries die invloed hebben op de volksgezondheid is er sprake van overlappende wettelijke taken. Zo is ouderenzorg een taak die is opgenomen in de Wpg, maar ook in de Wmo. In de Wmo zijn ouderen weliswaar niet opgenomen als expliciete doelgroep, maar het spreekt vanzelf dat het bieden van maatschappelijke ondersteuning – die mede gericht is op het voorkomen of uitstellen van zwaardere zorg – ook gericht is op ouderen.

Vijf zorgwetten



Figuur 7: Vijf zorgwetten (bron: K. Wessels en G. van Driesten. Zo werkt de zorg in Nederland. De Argumentenfabriek, 2018)

Deze overlap leidt op zichzelf genomen al tot verwarring over de taakverdeling, maar wordt des te problematischer wanneer daar verschillende financiers bij betrokken zijn. Zo is ouderengezondheidszorg op grond van de Zvw ook een taak voor de eerstelijnszorg en de wijkverpleging. Zorgverzekeraars kunnen zo de vruchten plukken van investeringen in preventie die de gemeenten doen. Denk bijvoorbeeld ook aan de bestrijding van overgewicht of aan valpreventie: dat kost de gemeenten veel geld, terwijl het winst gaat opleveren voor de zorgverzekeraars. Een groot deel van deze winst vloeit overigens doorgaans terug als premiekorting of demping van de premiestijging voor verzekerden.

Moeizaam samenspel tussen betrokken overheidslagen

Afstemming tussen het landelijke en het decentrale niveau is soms problematisch of ontbreekt. Dit uit zich bijvoorbeeld in het gegeven dat er geen zicht is op de mate waarin de doelstellingen in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) vertaald zijn in de gemeentelijke nota's en of deze doelen ook behaald worden. Weliswaar komt de voortgang in het werken aan de doelstellingen van de LNG periodiek aan de orde in het bestuurlijk overleg tussen het ministerie van VWS, gemeenten, GGD'en en de VNG, maar de focus van het ministerie van VWS ligt hierbij op het stimuleren en faciliteren, en niet op het controleren van gemeenten.[32] Het komt ook naar voren bij de programma's die vanuit het rijk worden geïnitieerd. Vanuit gemeenten is de beleving soms dat dergelijke programma's maar blijven doorlopen of juist voortijdig worden vervangen door weer andere programma's. De landelijke programma's doorkruisen soms ook lokale initiatieven vanuit de gemeenten en/of de samenleving zelf. Het is aan gemeenten om te bepalen of zij deelnemen aan deze programma's; soms kunnen gemeenten evenwel alleen deelnemen als ze aan bepaalde voorwaarden voldoen (bijv. GezondIn). De programma's zijn daarmee niet in alle gemeenten in Nederland beschikbaar voor inwoners. Ze zijn vaak ook erg top-down ingestoken en sluiten niet altijd aan op de behoeften van gemeenten en hun inwoners.

Met het GALA en de nieuwe brede SPUK wordt beoogd hierin verandering te brengen. Hierin zijn bestuurlijke afspraken gemaakt, waarin betrokken partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid willen dragen voor de aanpak van gezondheidsvraagstukken. Wat nog zal moeten blijken is of partijen elkaar daarop ook aanspreken en of ze in staat zijn om in wederzijdse afhankelijkheid een nieuwe praktijk vorm te geven.

Veel programma's en akkoorden hebben bovendien onvoldoende gewerkt.[33] Ondanks het Nationaal Preventieakkoord is bijvoorbeeld de helft van de volwassenen nog altijd te zwaar.[34] Ook de afspraken in dit akkoord over het terugdringen van problematisch alcoholgebruik zijn tot nog toe ineffectief gebleken, hetgeen vooral geweten wordt aan het gegeven dat de belangen van de deelnemende partijen te ver uiteenlopen: naast gezondheidsorganisaties zijn ook alcoholproducenten aangesloten bij het

32. Lijst van vragen en antwoorden over de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) 2020-2024; Kamerstuk 32793, nr. 493, Preventief gezondheidsbeleid; antwoord op vraag 9.
33. RIVM, voortgangsrapportage 2021.
34. Skipr, maart 2022.

akkoord.[35] Om die reden is de zogenoemde alcoholtafel recentelijk gestopt.[36]

Door de decentralisaties van de afgelopen jaren zijn de verantwoordelijkheden op gemeentelijk niveau diffuser geworden. Vergelijk de centra voor Jeugd & Gezin en de consultatiebureaus: beide vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, maar daarbinnen kunnen ze onder verschillende portefeuillehouders (wethouders) vallen: Jeugd, Welzijn of Zorg. Hier wreekt zich ook dat bij de decentralisaties niet goed is nagedacht over de samenhang en de overlap in taken tussen bijvoorbeeld de Wmo en de Wpg.[37] Ook voor GGD'en is het door de versnipperde taken op gemeentelijk niveau moeilijk door de bomen het bos te zien en tot heldere advisering van gemeenten en eenduidige regie en aansturing van de uitvoering te komen.

Een ander knelpunt hangt samen met ruimte voor lokale verschillen. Gemeenten hebben veel beleidsvrijheid om te bepalen hoe zij taken op het gebied van publieke gezondheid invullen. Dat is op zichzelf goed, omdat het ruimte biedt om in te spelen op lokale verschillen, die aanzienlijk kunnen zijn. Maar deze ruimte voor lokale verschillen kan ook doorslaan in overbodige variatie. Ook in de organisatie van de zorg is er overbodige variatie (bijvoorbeeld JGZ, verschillende aanbieders). Vooral op het gebied van ondersteunende processen (ICT, werkwijzen etc.) en registratie van gegevens en dataverzameling is meer uniformiteit nodig om ontwikkelingen landelijk beter te kunnen duiden en van variatie te kunnen leren (wat werkt wel en wat werkt niet?), om gemeenten te kunnen vergelijken en om bovenregionale samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten de GGD te faciliteren.

35. Kamerbrief Stopzetten tafel problematisch alcoholgebruik, staatssecretaris van VWS, Maarten van Ooijen, 12 oktober 2022.
36. Stoppen van overlegtafel rond problematisch alcoholgebruik 'bijzonder jammer, maar goede beslissing' – GGD GHOR Nederland.
37 Zie www.raadopenbaarbestuur.nl/documenten/publicaties/2017/06/22/zorg-voor-samenhangende-zorg

Te vrijblijvende doelgerichtheid

De doelen die met de zorg voor publieke gezondheid moeten worden bereikt, worden opgenomen in een Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG), die het rijk eens in de 4 jaar opstelt. Deze doelen moeten door gemeenten vertaald worden in hun vierjaarlijkse gemeentelijke gezondheidsnota.

In de Landelijke Nota 2020-2024 zijn 'ambities' opgenomen (aanvullend op de leefstijldoelen van het Nationaal Preventieakkoord). Deze hebben betrekking op 4 gezondheidsvraagstukken:

A.	**Gezondheid in de fysieke en sociale leefomgeving**	
	Ambitie 1	In 2024 is gezondheid een vast onderdeel van de belangenafweging in ruimtelijk beleid.
	Ambitie 2	In 2024 creëren we bij landelijke en decentrale beleidsontwikkeling meer verbinding tussen het fysieke en het sociale beleidsdomein
B.	**Gezondheidsachterstanden verkleinen**	
	Ambitie 1	In 2024 is de levensverwachting van mensen met een lage SES toegenomen en het aantal jaren in goed ervaren gezondheid voor mensen met een lage én een hoge SES toegenomen.
	Ambitie 2	Vanaf 2024 passen we gezondheids bevordering via de leefomgeving met voorrang toe in wijken en buurten met gezondheidsachterstanden. Op termijn ontwikkelen we in alle wijken en buurten een leefomgeving die een gezonde leefstijl mogelijk en gemakkelijk maakt.
C.	**Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen**	
	Ambitie 1	In 2024 hebben we kennis over de aard, omvang en determinanten van mentale gezondheid bij jongeren.
	Ambitie 2	In 2024 ervaren jeugd en jongvolwassenen minder prestatiedruk in hun leven, doordat mentale gezondheidsvaardigheden worden gestimuleerd en de fysieke en sociale leefomgeving mentale gezondheid bevorderen.
D.	**Vitaal ouder worden**	
	Ambitie 1	In 2024 voelen relatief meer ouderen zich vitaal zodat zij (naar vermogen) kunnen blijven participeren in de samenleving.
	Ambitie 2	In 2024 is het risico op spoedeisende hulp na een val bij ouderen afgenomen.
	Ambitie 3	In 2024 hebben alle gemeenten een leefomgeving gecreëerd die ouderen verleidt tot een gezonde leefstijl.

Bij de totstandkoming van de LNG 2020-2024 is er bewust voor gekozen om de ambities in kwalitatieve zin te formuleren. De gedachte daarachter was dat gezondheidsvraagstukken zich vanwege hun abstractieniveau minder goed lenen voor kwantitatieve metingen op landelijk niveau. Het ministerie van VWS ziet de LNG als een richtinggevend instrument voor gemeenten om met gezondheid aan de slag te gaan. Om die reden heeft het ministerie van VWS deze nota in samenwerking met de VNG en een afvaardiging van gemeenten, GGD'en en kennisinstituten opgesteld. Het is aan gemeenten zelf om per gezondheidsvraagstuk doelen op te stellen die passen bij de lokale context en behoeften.

De RVS juicht toe dat niet gekozen is voor kwantitatieve doelstellingen in de LNG, vanwege de risico's die daaraan kleven (een overdreven nadruk op efficiency en reductionisme ten koste van andere waarden zoals rechtvaardigheid), maar ziet wel een probleem: de doelstellingen of ambities hebben beleidsmatig een korte horizon (vierjaarlijkse cyclus), terwijl inspanningen om de leefomgeving en leefomstandigheden van inwoners te verbeteren doorgaans pas op veel langere termijn vruchten afwerpen (ten minste 15 jaar, zie het RVS-advies *Een eerlijke kans op gezond leven,* 2021). Het gaat hierbij bovendien om inspanningsverplichtingen. Van enige vorm van resultaatsverplichting is op dit moment geen sprake. De doelstellingen blijken nogal vrijblijvend te zijn. Er zijn zelfs gemeenteraden die deze doelstellingen niet kennen. Er zit geen of nauwelijks sturing op.

Er zijn veel gemeenten die desondanks goed investeren in publieke gezondheidszorg, maar door de vrijblijvendheid zijn er ook gemeenten die weinig over hebben voor hun GGD. Dat is op zichzelf genomen zorgelijk, omdat het de volksgezondheid schaadt. Een bijkomend gevolg is ook dat hierdoor veel taken bij deze gemeenten gewoon verdwijnen. Expertise en gezamenlijke slagkracht zijn immers niet te behouden als je weinig armslag hebt. Dat gaat ten koste van de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Daarnaast kun je geen aantrekkelijke werkgever zijn, waardoor een negatieve spiraal ontstaat.

Onvoldoende monitoring en verantwoording

In de huidige organisatie en inrichting van het stelsel is niet voorzien in een feedbackloop tussen het gemeentelijke en het landelijke niveau. Zo is niet bekend hoe het is gesteld met de doelen uit de LNG 2020-2024 en hoe iedere gemeente er in dat opzicht voorstaat. Het rijk legt als stelselverantwoordelijke verantwoording af over het functioneren van het stelsel, maar niet over het beleid dat gemeenten uitvoeren en de resultaten die daarmee ten aanzien van de volksgezondheid worden behaald of juist niet. Het rijk legt bovendien over beleid, programma's en akkoorden afzonderlijk verantwoording af. Deze versnipperde wijze van verantwoording afleggen komt in de regio en bij gemeenten weer samen, waardoor het regelmatig wringt.

Er zijn vele verschillende monitors in omloop die de staat en de ontwikkeling van de volksgezondheid volgen (zie § 2.2). Veel van deze monitors brengen slechts een bepaald aspect van de volksgezondheid in beeld. Er zijn maar heel weinig monitors die het geheel overzien.

Dit kan bijna niet effectief zijn. Door de bomen is het bos niet (meer) te zien. De verschillende monitors leggen in het algemeen geen causale verbanden tussen ingezet beleid en (verwachte) effecten op de volksgezondheid. En ze zijn onvoldoende ingericht op ontwikkelingen en beleid op andere beleidsterreinen en de wijze waarop deze inwerken op de volksgezondheid en andersom.

3.3 Mensen en middelen

GGD'en vormen een wezenlijke schakel in de publieke gezondheidszorg. Er zijn grote verschillen tussen GGD'en in mensen, middelen en slagkracht. Gelderland-Zuid en Amsterdam hebben het hoogste aantal fte (respectievelijk 3,6 en 3,1 per 100.000 inwoners) en het hoogste jaarlijkse budget (respectievelijk € 405.511 en € 384.085 per 100.000 inwoners). GGD Drenthe moet het doen met 0,5 fte en € 70.416 per 100.000 inwoners, en een grootstedelijk gebied als Rotterdam-Rijnmond heeft daarvoor slechts 0,7 fte en € 7.154 ter beschikking.[38],[39]

Ook de tweejaarlijkse benchmark van GGD'en laat verschillen in aantallen fte en bezetting zien, die worden toegeschreven aan verschillen in definitie en reikwijdte van bepaalde taken en aan verschillen in risico's per werkgebied.[40]

Deze verschillen in mensen, middelen en focuspunten worden vaak toegeschreven aan regionale verschillen. Maar is dat terecht? Dat weten we simpelweg niet. Door verschillen in de regionale invulling van taken en het gebrek aan contextuele informatie kunnen we niet vaststellen of er meer of betere gezondheidsbevordering is in Amsterdam dan bijvoorbeeld in Rotterdam of Friesland. Met alleen inzicht in menskracht en budget wordt niet voldoende duidelijk hoe GGD'en hun rol (kunnen) vervullen, welke kwaliteit ze leveren en welke (geschatte) gezondheidsuitkomsten er zijn als gevolg van hun inspanningen.

GGD'en hebben een belangrijke adviserende en signalerende taak. Ze zijn echter voor hun financiering en werkzaamheden sterk afhankelijk van gemeenten. Dat is een kwetsbare positie, omdat voor het uitvoeren van publieke gezondheidstaken een minimumaantal gekwalificeerde medewerkers nodig is om kwaliteit te kunnen leveren en als kennisbasis te dienen voor de adviserende en signalerende taak. En ook om bij calamiteiten en crisis paraat te kunnen zijn.[41] Het is bovendien van belang dat GGD'en hun adviserende en signalerende taak in onafhankelijkheid en conform professionele standaarden kunnen uitvoeren, vooral als die de lokale praktijk overstijgen. Daarmee kunnen zij gemeenten en rijk scherp houden en kunnen langlopende gezondheidsrisico's (zoals de casus Tata Steel[42], PFAS[43], DuPont/Chemours[44] en Olasfa[45] aan het licht hebben gebracht) worden beperkt.
Hier wreekt zich ook dat GGD'en en de vele verschillende beroepsbeoefenaren die daar en elders in de publieke gezondheidszorg werkzaam zijn, moeilijk gezamenlijk een vuist kunnen maken.

38. https://www.zorgvisie.nl/blog/ggden-versterk-uw-rol-binnen-de-publieke-gezondheidszorg/
39. https://zorgvuldigadvies.nl/actueel/verschillen-in-de-publieke-gezondheidszorg/
40. https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2023/01/GGD-Benchmark-2021-definitief.pdf
41. Zie ook het rapport van het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE) in opdracht van het ministerie van BZK over uitgaven van gemeenten aan publieke gezondheid: armere gemeenten geven minder uit, maar hebben grotere gezondheidsproblemen. https://www.kennisopenbaarbestuur.nl/documenten/rapporten/2018/03/01/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband
42. Schrappen Tata Steel uit GGD-rapport 'niet handig', maar onderzoek was integer | Binnenland | NU.nl
43. https://www.rivm.nl/pfas/actueel
44. https://www.rivm.nl/pfoa/risicoschatting-emissie-voor-omwonenden/vragen-en-antwoorden
45. https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ziekmakende-bodemsanering-olst-de-zaak-olasfa

Zo is er een fors tekort aan gekwalificeerde artsen en andere medewerkers.[46] Het tekort aan bijvoorbeeld forensisch geneeskundigen is rampzalig. Verschillende GGD'en zakken hierdoor momenteel 'door de bodem' en kunnen hun forensische taken, zoals het uitvoeren van zedenonderzoeken bij minderjarigen die slachtoffer zijn van seksueel geweld, nauwelijks aan.[47] Ook de beschikbare capaciteit bij de GGD'en om alle kerntaken van de infectieziektebestrijding uit te voeren is ontoereikend, laat staan om daarmee adequaat te kunnen handelen bij een eventuele opschaling bij een uitbraak.[48] Datzelfde geldt voor de JGZ. Er zijn veel te weinig jeugdartsen, met al jaren te weinig instroom in de JGZ-opleiding; veel GGD-artsen in de JGZ zijn basisarts en tijdelijk werkzaam in de JGZ. De situatie is nijpend en professionals lopen een grote kans op schade door '*moral distress*' en onmacht om het goede te doen.

De rijksoverheid speelt een grote rol in de opleiding van clinici, maar onvoldoende in de opleiding van bijvoorbeeld sociaal geneeskundigen, forensische geneeskundigen en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen. De bal wordt rondgespeeld tussen de ministeries van VWS, van Justitie en Veiligheid en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.[49]

Gebrekkige kennisinfrastructuur

Er is geen heldere kennisinfrastructuur voor de publieke gezondheidszorg. De kennis is versnipperd en gelaagd. Er is veel kennis bij het RIVM, het landelijk expertisecentrum Pharos, het Trimbos-instituut en andere kennisinstituten, bij GGD'en, GGD GHOR Nederland en bij UMC's, maar deze kennis is moeilijk vergelijkbaar door grote verschillen tussen GGD'en en regio's. GGD'en zijn vooralsnog geen logische kennispartners; wanneer zij dit wel zijn, is dit veelal gestoeld op persoonlijk leiderschap en persoonlijke banden. Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid zijn heel verschillend en ondernemen heel verschillende activiteiten, en er is geen onderlinge afstemming. Evenmin is er een duidelijke relatie tussen GGD'en, gemeenten en Academische Werkplaatsen.

In de huidige kennisinfrastructuur, zowel landelijk als regionaal en lokaal, valt de versnippering en het gebrek aan samenhang op. Er is behoefte aan meer kennis over hoe je kennis toepast, zodat bestaande kennis beter kan worden opgeschaald. Andere disciplines kunnen hierbij helpen. Ook is er behoefte aan kennis die de praktijk ondersteunt in de complexheid van de problemen die daar bestaan. Kennis moet zich meer domeinoverstijgend ontwikkelen en moet meer in co-creatie worden ontwikkeld. Kennisontwikkeling en benutting zou meer moeten plaatsvinden vanuit het burger- en zorgverlenersperspectief om kennis beter te laten landen in de praktijk.

46. https://www.sboh.nl/nieuws/98-nieuws-startpagina/919-de-sboh-waarschuwt-voor-ernstig-tekort-aan-artsen-buiten-het-ziekenhuis
47. Zie https://ggdghor.nl/actueel-bericht/ernstige-consequenties-tekort-forensisch-artsen/
48. https://ggdghor.nl/actueel-bericht/onderzoek-capaciteit-izb-bevestigt-noodzaak-versterking-ggden/
49. Zie rapporten Capaciteitsorgaan: https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-sociale-geneeskunde/

Als het om de kennisinhoud gaat, vormt de bewijskracht van interventies nog een obstakel voor de verdere kennisontwikkeling. En de vele data waar ook GGD'en (en anderen) over beschikken, zouden beter en anders ontsloten moeten worden.

De sturing op kennis en onderzoek vindt nog vooral op landelijk niveau plaats. Een stevigere koppeling van kennis met de regionale en lokale agenda en behoeften is nodig.

Ook de verbinding van kennis en onderzoek met het onderwijs kan worden versterkt. Dankzij onderwijs kunnen onderzoekers kennis verder ontwikkelen. Onderwijs en onderzoek zouden zich meer samen met de praktijk moeten verbinden aan het opleiden van (nieuwe) professionals. GGD'en spelen daar van oudsher een belangrijke rol in.

3.4 Financiering

We geven in Nederland weinig 'rechtstreeks' uit aan publieke gezondheidszorg. De middelen zijn bovendien veelal tijdelijk en niet structureel en vormen soms een sluitpost van de gemeentelijke begroting. Of er té weinig financiële middelen worden ingezet, weten we niet. Dit hangt weer samen met het feit dat er landelijk geen zicht is op de effectiviteit van de inzet van gemeenten en GGD'en op de publieke gezondheid, en daarmee ook niet op de legitimatie van regionale verschillen in inzet en capaciteit.

Naast de beschikbare hoeveelheid financiële middelen vormen de soms eindeloze onderhandelingen over die middelen een probleem. Sommige GGD'en moeten herhaaldelijk langs de verschillende gemeenten om bijvoorbeeld noodzakelijke vernieuwingen in de dienstverlening aan de veranderende populatie te kunnen doorvoeren. Hierin speelt ook een rol dat GGD'en geen stevige positie hebben, omdat ze financieel afhankelijk zijn van gemeenten, waardoor slagkracht soms ontbreekt.

3.5 Dienstverlening

Op het punt van de dienstverlening is soms onduidelijk waarom bepaalde taken gedecentraliseerd zijn en/of aan wie ze opgedragen zijn. Vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma worden voor kinderen tot 18 jaar bijvoorbeeld door de JGZ-uitvoeringsorganisaties gerealiseerd (niet alleen de GGD), terwijl alle overige door de overheid aangeboden vaccinaties door (huis)artsen of vaccinatieaanbieders (reizigers) worden gezet.[50],[51] En bij jeugdgezondheidszorg hebben gemeenten nauwelijks beleidsvrijheid bij het te bieden minimumpakket, maar veel beleidsvrijheid voor verbinding met andere taken binnen het jeugddomein en binnen de publieke gezondheidszorg. Ook zijn ze vrij in de keuze van de organisatie waaraan ze de uitvoering van deze taak opdragen: GGD, een private organisatie of een gemeentelijke dienst.

50. Voor COVID-19 en de HPV 18+ campagne is hierop overigens een uitzondering gemaakt.
51. RVS (2021). Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Hoewel het vertrouwen in GGD'en aanhoudend hoog is[52] zijn GGD'en en wat ze doen niet zo goed zichtbaar en bereikbaar voor inwoners. Ze hebben geen vast loket of aanspreekpunt op het lokale niveau (wijk, gemeente). Juist omdat publieke gezondheid 'van de samenleving' is, is dit een gemiste kans.

3.6 Conclusies

Het fundament van het stelsel voor publieke gezondheidszorg is wankel. Op alle bouwstenen constateren we tekortkomingen. De meest pregnante knelpunten zijn de volgende.

- **Bestuur:**
  - Het veld is versnipperd; er is geringe betrokkenheid van andere ministeries en gemeentelijke beleidsterreinen bij publieke gezondheidszorg, en het samenspel tussen betrokken overheidslagen verloopt moeizaam. Als gevolg hiervan komt inzet op brede determinanten van gezondheid onvoldoende van de grond.
  - Publieke gezondheid is geen politieke topprioriteit en moet opboksen tegen andere urgente beleidskwesties.
  - De doelstellingen zijn vaag en weinig geoperationaliseerd en te veel gericht op de korte termijn, waardoor de inzet te vrijblijvend is. Er zijn behoorlijke verschillen in de wijze waarop gemeenten invulling geven aan hun rol in de publieke gezondheidszorg.
  - De monitoring van geboekte voortgang is versnipperd en onvoldoende breed en verantwoording is niet sluitend.
- **Mensen en middelen:**
  - Gemeenten hebben een cruciale rol in de financiering van de publieke gezondheidszorg. Sommige gemeenten doen hier veel aan, maar andere geven hier nauwelijks invulling aan. Hierdoor ontstaan grote verschillen tussen GGD'en in mensen, middelen en slagkracht, die niet beleidsmatig onderbouwd kunnen worden. En er zijn (aanzienlijke) tekorten aan professionals om reguliere taken te kunnen uitvoeren en nieuwe uitdagingen het hoofd te kunnen bieden.
  - Er is onvoldoende regie op het opleiden van en zorgen voor voldoende (goed toegeruste) professionals in de publieke gezondheidszorg.
  - De onafhankelijke adviesfunctie van GGD'en is onvoldoende geborgd.
  - De kennisfunctie is als zodanig matig en gefragmenteerd.
- **Financiering:**
  - We geven weinig 'rechtstreeks' uit aan publieke gezondheidszorg. De middelen zijn bovendien veelal tijdelijk en niet structureel van aard en vormen soms een sluitpost van de gemeentelijke begroting.
  - Er is onvoldoende rijksbudget voor gemeenten beschikbaar (net zoals voor vele andere taken). Gemeenten zijn afhankelijk van rijksprioritering, en gezondheid heeft kennelijk een lage urgentie.

52. https://www.eur.nl/media/109927 pag. 8

- **Dienstverlening:**
  - Het is niet altijd duidelijk waarom bepaalde taken op het gebied van publieke gezondheidszorg gedecentraliseerd zijn en/of aan bepaalde professionals of organisaties opgedragen zijn.
  - GGD'en zijn niet zo goed zichtbaar en bereikbaar voor inwoners.

Dit fundament is onvoldoende stevig om publieke gezondheidszorg in de volle breedte te kunnen bieden. En het is onvoldoende toegerust om veranderende maatschappelijke opgaven het hoofd te bieden. Dit uit zich in een te eenzijdige aandacht voor individuele preventie, terwijl de maatschappelijke opgaven juist om meer collectieve preventie vragen. Sinds de verzorgingsstaat bijna onafgebroken aan hervorming onderhevig is, is het accent steeds meer komen te liggen op individuele verantwoordelijkheid van burgers. We lopen nu tegen de grenzen van die benadering aan.

De internationale vergelijking laat zien dat er grote variatie is tussen de onderzochte landen in de wijze waarop zij de publieke gezondheidszorg hebben georganiseerd en ingericht. Er is niet één zaligmakende manier en alle landen worstelen met het fundament van de publieke gezondheidszorg. De uitdaging is om op onderdelen lessen te trekken uit de verschillende landen.

Al met al is de Raad van mening dat de inrichting van de publieke gezondheidszorg in Nederland te vrijblijvend en versnipperd is geregeld en te veel gericht is op een korte termijn, en dat er te weinig in wordt geïnvesteerd. Dat is ernstig, omdat hierdoor gezondheidswinst blijft liggen en de houdbaarheid van het zorgstelsel in brede zin, zowel financieel, personeel als maatschappelijk, onder druk staat.

4 Mogelijke oplossingsrichtingen (en dilemma's daarbij)

4.1 Inleiding

Het fundament van onze publieke gezondheidszorg verdient versterking. Op basis van de analyse in hoofdstuk 3 concludeert de Raad dat een samenhangende niet-vrijblijvende langetermijnaanpak nodig is die (ten minste) uit de volgende onderdelen bestaat:

1. Structurele betrokkenheid voor de lange termijn van verschillende beleidsvelden en samenhang daartussen, zowel op landelijk als op decentraal niveau, waardoor continuïteit van beleid en inzet op verbetering van brede determinanten van gezondheid geborgd en verplichtend is, met een daarbij passende monitoring en verantwoording.
2. Voldoende goed toegeruste mensen en middelen voor de publieke gezondheidszorg om reguliere taken te kunnen uitvoeren en nieuwe uitdagingen het hoofd te kunnen bieden, en een goed georganiseerde kennisinfrastructuur.
3. Voldoende en structurele financiering om de kerntaken van de publieke gezondheidszorg te kunnen waarmaken.
4. Meer verwevenheid van de publieke gezondheidszorg in de eerstelijns- of basiszorg.

In dit hoofdstuk reikt de Raad per onderdeel oplossingsrichtingen aan. Bij sommige onderdelen verkent en weegt de Raad meerdere opties, waarna hij zijn voorkeursrichting geeft.

4.2 Bestuur: structurele betrokkenheid op lange termijn van andere beleidsdomeinen

Gezondheid wordt door veel factoren van buiten het zorgdomein beïnvloed. Andersom beïnvloedt de (volks)gezondheid andere levensdomeinen van mensen, zoals werk, onderwijs, wonen en de sociale leefomgeving. Het is daarom belangrijk dat naast het ministerie van VWS ook andere ministeries meer expliciete verantwoordelijkheid nemen voor de zorg voor publieke gezondheid en dat het ministerie van VWS op zijn beurt ook meer verantwoordelijkheid neemt voor relevante thema's bij andere departementen. Hetzelfde geldt voor het gemeentelijke domein. Er wordt in dit verband vaak gesproken over de noodzaak en wens tot *Health in All Policies*.

> "Health in All Policies (HiAP) is a collaborative approach that integrates and articulates health considerations into policymaking across sectors to improve the health of all communities and people. HiAP recognizes that health is created by a multitude of factors beyond healthcare and, in many cases, beyond the scope of traditional public health activities."
>
> *(Bron: Centers for Disease Control and Prevention (*https://www.cdc.gov/policy/hiap/index.html*)*

In oorspronkelijke zin gaat dit concept ervan uit dat in andere beleidsdomeinen net zo veel waarde gehecht wordt aan gezondheid als in de publieke gezondheidszorg. Europees onderzoek laat zien dat deze veronderstelling niet juist is en niet tot meer betrokkenheid van andere ministeries leidt. Bovendien is het niet vanzelfsprekend dat het belang van de volksgezondheid in de afweging van de vele belangen bij besluitvorming over beleid altijd doorslaggevend moet zijn. Zo kan bijvoorbeeld omwille van de economische stabiliteit van ons land de keuze gemaakt worden om het vestigingsklimaat voor grote bedrijven aantrekkelijker te maken, ook al kan hierdoor de (groene) leefomgeving – en daarmee de volksgezondheid – in bepaalde gebieden worden aangetast. Wat wel werkt, is dat zichtbaar wordt hoe gezondheid bijdraagt aan het realiseren van doelstellingen van die andere beleidsdomeinen. Een voorbeeld: het helpt niet alleen de volksgezondheid om ziekmakende kanten van werk (werkdruk, werken met kankerverwekkende of anderszins gevaarlijke stoffen, te zware belasting bij tillen, etc.) weg te nemen, maar dit draagt ook bij aan de arbeidsproductiviteit. Oplossingen voor gezondheidsproblemen liggen soms ook binnen andere domeinen en dus moet (ook) in die domeinen geïnvesteerd worden. Het is daarbij van belang te laten zien hoe deze investeringen aansluiten bij de doelen van die specifieke domeinen. Om deze wederzijdse beïnvloeding voor het voetlicht te brengen, spreekt de Raad liever over *Health in and for All Policies*[53].

De vraag is nu hoe Health in and for All Policies te organiseren is en wel op een zodanige manier dat deze niet vrijblijvend is en gericht is op de lange termijn. De Raad bespreekt achtereenvolgens 4 opties, geeft per optie een weging aan en besluit deze paragraaf met zijn voorkeursrichting.

Optie 1: Wettelijke consultatieplicht

Op enkele plaatsen in wetgeving is verplichte consultatie van de GGD voorgeschreven. Een voorbeeld is artikel 16 Wpg, waarin de verplichting is opgenomen voor het college van burgemeester en wethouders om advies aan de GGD te vragen voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. Als spiegelbepaling zou in de Omgevingswet de verplichting opgenomen kunnen worden dat de visie van de GGD op voorgenomen ruimtelijke ordeningsplannen moet worden gevraagd. Of nog verdergaand: en dat als er afgeweken wordt van deze visie of dit advies, dit gemotiveerd dient te worden. Een van de maatschappelijke doelen van de Omgevingswet is het bereiken en in stand houden

53. Zie ook https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00155-4/fulltext, waarin gesproken wordt over 'health for all policies'

van een veilige en gezonde fysieke leefomgeving en een goede omgevingskwaliteit. Daarom is het voor gemeenten zinvol om GGD'en te betrekken bij ontwikkelingen in de fysieke leefomgeving, maar dit is niet verplicht.[54]

Met dergelijke bepalingen wordt bewerkstelligd dat in de besluitvorming van andere departementen mogelijke effecten op de volksgezondheid worden meegewogen. Dergelijke wettelijke bepalingen zijn daarmee op zichzelf zinvol, niet vrijblijvend en gericht op langere termijn, maar tegelijkertijd te fragmentarisch en daarmee onvoldoende om tot een integrale aanpak te kunnen komen.

Optie 2: Wettelijke gezondheidsdoelen

Het opnemen van wettelijke gezondheidsdoel(en) is een manier om los te komen van kortdurende vierjaarlijkse beleidscycli op landelijk en decentraal overheidsniveau en om tegelijkertijd andere sectoren en ministeries te committeren. Het geeft burgers bovendien een instrument om zo nodig via de rechter naleving van de wet af te dwingen. De voorbeelden uit ons advies *Een eerlijke kans op gezond leven* (RVS, 2021) laten zien dat ook gemeenten gebaat kunnen zijn bij wettelijk verankerde doelen. Niet zozeer om hun eigen handelen te sturen, maar vooral als hulpmiddel om de juiste inzet van landelijke partijen (inclusief de ministeries) te stimuleren tot het wegnemen van landelijke obstakels, zoals tal van losse programma's die lokale of regionale initiatieven soms doorkruisen.

Wettelijke gezondheidsdoelen kunnen in een bestaande wet worden opgenomen, zoals de Wpg, of in een nieuwe wet, naar analogie van de Klimaatwet.

> In de Klimaatwet van 2019 is als hoofddoel opgenomen het bereiken van 95% broeikasgasreductie in Nederland in 2050 ten opzichte van 1990 en als tussendoel streven naar 49% broeikasgasreductie in 2030 ten opzichte van 1990. Daarnaast bevat de wet als nevendoel het streven naar 100% CO_2-neutrale elektriciteitsproductie in 2050.
>
> Deze doelen zijn verplichtend voor alle betrokken ministeries; zij zullen hieraan allemaal hun steen moeten bijdragen; zij moeten zich ertoe verhouden.

De Wpg verplicht gemeenten de gezondheidsdoelen van de vierjaarlijkse Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) uit te werken in een vierjaarlijkse gemeentelijke gezondheidsnota. Deze verplichting wordt door velen als te vrijblijvend gezien. Gezondheidsdoelen zouden wettelijk verankerd moeten worden, waardoor ze meer verplichtend worden voor betrokken partijen en waardoor burgers de overheid hierop ook in rechte kunnen aanspreken. Over de manier waarop dat zou moeten of zou kunnen, lopen de meningen uiteen.

Zo wordt er enerzijds voor gepleit om streefwaarden voor gezondheid wettelijk te verankeren om zo de minister van VWS (die 'stelselverantwoordelijke' is) ter

54. Nationale Omgevingsvisie (NOVI) | De Nationale Omgevingsvisie

verantwoording te kunnen roepen en tot handelen te dwingen. Een mogelijk bezwaar van deze optie is dat streefwaarden voor de volksgezondheid moeilijk te meten zijn en dus snel zullen uitmonden in streefwaarden voor individuele leefstijl en gedrag (zoals het percentage mensen met overgewicht of het aantal rokers moet met X procent omlaag). Anderen zien niets in wettelijke gezondheidsdoelen, omdat de causaliteit tussen interventies en uitkomsten niet is vast te stellen: als het aantal mensen met (morbide) obesitas in een genoemde periode niet is gedaald, is dit dan te wijten aan slecht volksgezondheidsbeleid? Anderen wijzen erop dat dergelijke doelen, die aangrijpen op individuele leefstijl, symptoombestrijding zijn en dat juist moet worden voorkomen dat mensen tot een ongezonde leefstijl verleid worden. Weer anderen vrezen dat 'van bovenaf' opgelegde, te gedetailleerde normen en doelstellingen niet meer passen in de huidige netwerksamenleving en dat die initiatieven vanuit de samenleving eerder frustreren dan vooruithelpen.

Uit de genoemde bezwaren tegen het verankeren van wettelijke doelen leidt de Raad af dat wettelijke doelstellingen zodanig gedefinieerd moeten worden dat ze richtinggevend zijn voor de spelers op lokaal en regionaal niveau en als inspiratiebron kunnen dienen. En dat ze als toetssteen kunnen dienen voor het beleid en de initiatieven van deze spelers, waarop kan worden (bij)gestuurd, maar dat ze tegelijkertijd voldoende ruimte laten om op lokaal en regionaal niveau te bepalen wat nodig is om deze doelen te bereiken. Dit impliceert dat langetermijndoelen voor de volksgezondheid moeten worden geformuleerd die aansluiten op de brede of maatschappelijke determinanten van gezondheid (in plaats van op individuele parameters, zoals X procent minder mensen met overgewicht). Dat kan door een meer missiegedreven formulering te kiezen, bijvoorbeeld: in 2030 moet Nederland tot de top 3 in de wereld behoren wat betreft de gezonde levensverwachting. Ook de ambities in de huidige LNG geven een goede richting aan voor wettelijke gezondheidsdoelen, hoewel deze te veel gericht zijn op de korte termijn.

Met een missiegedreven formulering van wettelijke doelen kan een langetermijnaanpak worden geborgd. Ook kan hiermee worden voorkomen dat doelen reductionistisch gaan werken en verkeerde prikkels geven. Sturen op deze doelen kan op verschillende manieren: door expliciete tussentijdse doelen te stellen, inzichtelijk te maken welke voortgang er geboekt is en op basis daarvan nadere duidingen te geven aan wat dit betekent voor volgende stappen. Gemeenten worden zo geprikkeld transparant te zijn over hun tussentijdse voortgang en hierover breed te communiceren. Dit dynamische mechanisme zal gemeenten stimuleren om voortdurend te verbeteren. Er kunnen natuurlijk ook gemeenten en andere verantwoordelijke overheden zijn die het niet lukt om te verbeteren. Dan moeten er drastischer maatregelen genomen worden.

De Raad ziet het wettelijk verankeren van gezondheidsdoelen als een kansrijke optie die nadere uitwerking verdient. Zo zal aanpassing van het wettelijk kader nodig zijn. Bovendien is de nodige kennis vereist over onder andere de causaliteit tussen beleid van verschillende ministeries en lagere overheden en de effecten daarvan op de volksgezondheid. Die kennis is nu nog versnipperd aanwezig in binnen- en buitenland en daarmee niet zomaar voorhanden voor beleidsmakers, bestuurders en uitvoerders met uiteenlopende kennisbehoeften.

Optie 3: Samenwerking via akkoorden

Een minder ingrijpende manier om tot een integrale aanpak te komen is via akkoorden, zoals het ministerie van VWS op dit moment beproeft. Zo zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt over de inzet van betrokken partijen en te bereiken resultaten op het gebied van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. In dit akkoord zijn geen afspraken gemaakt over collectieve preventie, waarbij inzet van andere domeinen en partijen van buiten de zorg aan de orde zijn. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) beoogt hierin te voorzien.

Het GALA bevat afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars, GGD GHOR Nederland en het ministerie van VWS gericht op de vertaling van landelijke doelen voor gezondheid en welbevinden naar regionale en lokale resultaten. De doelen sluiten aan bij de landelijke gezondheidsdoelen uit het Nationaal Preventieakkoord, de Landelijk Nota Gezondheidsbeleid en het IZA en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

De RVS ziet dit als een stap in de goede richting, maar constateert dat de afspraken nog steeds sterk gericht zijn op leefstijl en gedrag en de ondersteuning daarvan, met als enige uitzondering afspraken over de leefomgeving. De Raad mist aandacht voor de bredere gezondheidsdeterminanten zoals bestaanszekerheid, wonen, onderwijs en werk. Bovendien bevat het GALA in wording afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en VWS, en zijn andere ministeries zoals dat van SZW, Economische Zaken en Klimaat (EZK), Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) geen deelnemers van dit akkoord. Deze optie biedt dus kansen, mits het akkoord wordt uitgebreid met deelname van andere ministeries. Een fundamenteler bezwaar is de relatief korte termijn van de looptijd van akkoorden, namelijk 3 jaar, en de afhankelijkheid van de politieke steun daarvoor, die per kabinetsperiode kan veranderen.

Een ander bezwaar dat in het veld wordt gehoord, is dat er zo veel is vastgelegd over wat gemeenten en GGD'en moeten doen. Afgesproken is dat elke gemeente 15 verschillende programma's kan uitvoeren met 15 precies afgemeten budgetten. Hierin zit dan geen enkele vrijheid voor lokale overheden en GGD'en. Zo komt er nu onevenredig veel geld beschikbaar voor valpreventie (landelijk € 50 miljoen) en nauwelijks iets voor mentale gezondheid (landelijk € 8 miljoen). Op die manier wordt elke gemeente gedwongen om meer aan valpreventie te doen dan aan mentale gezondheid, terwijl de problematiek van mentale gezondheid veel zwaarder wordt gevoeld door veel professionals en burgers. Op deze manier wordt bij gemeenten en GGD'en geen eigenaarschap voor de volksgezondheid gestimuleerd.

Optie 4: Een regeringscommissaris voor de volksgezondheid

Een andere optie is de aanstelling en benoeming van een regeringscommissaris voor volksgezondheid[55], die onder het kabinet ressorteert en niet onder één specifiek ministerie, en die de opdracht krijgt om met alle betrokkenen op lokaal en regionaal niveau een 'Deltaplan voor de publieke gezondheid' op te stellen, de voortgang te volgen en daarover periodiek te rapporteren aan regering en parlement.

De regeringscommissaris is een bijzondere staatsrechtelijke en institutionele figuur, aangesteld voor een onderwerp dat betrekking heeft op de zeer lange termijn en op een potentieel groot gevaar, maar ook omgeven is met onzekerheid en tegenstrijdige beeldvorming.

Uit een inventarisatie is de Raad gebleken dat er in de afgelopen jaren meerdere regeringscommissarissen in soorten en maten zijn aangesteld, soms ook onder andere aanduidingen, zoals nationaal rapporteur of nationaal coördinator. Denk bijvoorbeeld aan de regeringscommissaris seksueel geweld, regeringscommissaris informatiehuishouding, regeringscommissaris jeugd- en jongerenbeleid, de deltacommissaris, de Nationaal Rapporteur Verslavingen, de Nationaal Coördinator Groningen en de Nationaal Coördinator tegen Discriminatie en Racisme.[56] Niet alle verschijningsvormen zijn even geschikt voor de opgave(n) van de publieke gezondheidszorg. Vrijwel alle functionarissen in deze voorbeelden hebben als opdracht gekregen om in de volle breedte (sector- en domeinoverstijgend) te werken. Veel van hen zijn of waren echter belast met één specifiek en welbepaald onderwerp (*single issue*), waarvan het doel en de richting duidelijk zijn of waren. Maar publieke gezondheidszorg is als zodanig een complexe opgave, waarbij veel verschillende partijen en personen in heel Nederland betrokken (moeten) zijn en waarin zich steeds weer nieuwe, soms onverwachte, uitdagingen manifesteren. Daarom is er ten aanzien van publieke gezondheidszorg behoefte aan een duidelijke en gedragen koers als richtsnoer voor het handelen van alle betrokkenen. Daarmee is ook de aard van de opdracht van een regeringscommissaris voor de volksgezondheid anders dan die van veel genoemde regeringscommissarissen, rapporteurs of coördinatoren. De Raad ziet het meest in de Deltacommissaris als voorbeeld voor de publieke gezondheid.

Ter vergelijking: de deltacommissaris in de Waterwet
Het belangrijkste doel van het opstellen van de Deltawet was de breed gevoelde noodzaak om de plannen die er dankzij de tweede Deltacommissie zijn voor de toekomst, inclusief de financiering, te borgen en buiten het bereik van het alledaagse politieke debat te houden. De belangrijkste aanbeveling van de tweede Deltacommissie was te komen tot een Deltawet. De Deltawet regelt dat er een Deltaprogramma is om de veiligheid van Nederland voor hoogwater te garanderen en voor een goede zoetwatervoorziening te zorgen. De wet vormt de wettelijke basis voor het Deltafonds waarmee de Deltawerken van de toekomst kunnen worden gefinancierd en stelt vast dat er een deltacommissaris wordt aangesteld om de regie op het proces te voeren. Deze deltacommissaris moet ervoor zorgen dat er elk jaar een Deltaprogramma wordt opgesteld, dat dit programma wordt uitgevoerd en dat er over de voortgang wordt gerapporteerd.

In het Instellingsbesluit zijn de taken van de deltacommissaris vastgelegd. De commissaris is onder verantwoordelijkheid van de minister belast met het bevorderen van de totstandkoming en uitvoering van het Deltaprogramma. De deltacommissaris maakt de planning voor het Deltaprogramma, begeleidt de jaarlijkse herziening, volgt de voortgang van lopende projecten en inventariseert eventuele plannen voor nieuwe projecten. De deltacommissaris zorgt er met name voor dat alle partijen hun inbreng kunnen doen en bewaakt de samenhang en uitvoering van de voorstellen. De positie is bijzonder, aangezien de deltacommissaris naast de ambtelijke lijnorganisatie is gepositioneerd. Hij staat de minister van Verkeer en Waterstaat (VenW) bij en valt onder zijn of haar verantwoordelijkheid, maar kan ook op grond van artikel 69 van de Grondwet (op verzoek van de minister van VenW) het woord voeren in de Tweede en Eerste Kamer.

Naar analogie van de deltacommissaris kan de 'gezondheidscommissaris' betrokken partijen bijeen brengen en schakelen tussen landelijk, regionaal en decentraal niveau. De gezondheidscommissaris vormt als het ware het cement tussen alle betrokken partijen in hun gezamenlijke inspanningen om de publieke gezondheid te versterken. Onderdeel van zijn of haar 'deltaplan voor de volksgezondheid' is het formuleren van een voorstel voor wettelijke verankering van gezondheidsdoelen, met eventuele tussentijdse doelen, het monitoren van de voortgang in het naderen van deze doelen, en bij stagnatie het formuleren van voorstellen tot bijstelling van beleid om weer op koers te komen.

Het aanstellen van een gezondheidscommissaris ziet de Raad als een kansrijke manier om de gesignaleerde knelpunten aan te pakken: inzet op gezondheidsdeterminanten in de volle breedte door meer verplichtende betrokkenheid van en samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen en overheidslagen, en inzet op langere termijn, over kabinetsperiode(n) heen, met gerichte doelstellingen (stip op de horizon). Er gaat een belangrijke signaalfunctie van uit en hij of zij vormt de verbindende schakel met de samenleving. De gezondheidscommissaris is zelf geen direct belanghebbende, maar geeft een stem aan de vele zwakkere belangen in de samenleving. Er is geen stelselwijziging voor nodig en het laat bestaande bestuurlijke verhoudingen in het veld intact. Er is op korte termijn geen volwaardig alternatief voorhanden, terwijl de urgentie hoog is; er is momentum. Een gezondheidscommissaris kan als 'gamechanger' of breekijzer fungeren nu gebleken is dat de gebruikelijke sturingswijzen tekortschieten. De commissaris kan partijen aanspreken die (ogenschijnlijk) nog niet alle beschikbare (wettelijke) middelen inzetten om de volksgezondheid te bevorderen.

Er zijn ook argumenten tegen – of twijfels bij – het aanstellen van een gezondheidscommissaris. Zo kan gesteld worden dat dit een 'echte' permanente oplossing – een stelselwijziging – belemmert. Het is een 'doekje voor het bloeden' dat kan leiden tot

55. Zie René Héman, Het is tijd voor een Preventiecommissaris | KNMG 14 maart 2022 en Een urgente noodzaak | KNMG 10 juni 2022

56. Zie ook bijlage 1

afschuifgedrag van ministers en gemeenten. Daar staat tegenover dat een gezondheidscommissaris juist buiten de hectiek van de politieke arena voorstellen kan formuleren waarover politieke besluitvorming moet plaatsvinden. De gezondheidscommissaris bereidt zo een meer permante oplossing voor.

Een ander mogelijk bezwaar is dat het aanstellen van een gezondheidscommissaris opgevat kan worden als blijk van wantrouwen jegens een minister. Waarom zou een minister dit zelf niet kunnen doen? Of is er een mildere, minder zware variant mogelijk? Zo zou ook een coördinatie- en regietaak kunnen worden toebedeeld aan de eerstverantwoordelijke minister, de minister van VWS. Dit naar analogie van een bespiegeling door de Raad van State over de stand van het klimaatbeleid. De Raad van State acht de huidige positie van de minister van Economische Zaken en Klimaat ontoereikend om de gestelde klimaatdoelen te kunnen bereiken en adviseert om deze minister in staat te stellen mee te beslissen over uitgaven en wetgeving van andere ministeries die het klimaatbeleid betreffen of evident beïnvloeden.

Een dergelijke optie valt te overwegen, mits deze gepaard gaat met een wettelijke verankering van de doelen voor de volksgezondheid, zoals dat voor het klimaatbeleid is gedaan in de Klimaatwet. Een bezwaar is echter dat een dergelijke coördinatie- en regietaak van de eerstverantwoordelijke minister alleen betrekking heeft op de horizontale interbestuurlijke verhoudingen. Bij publieke gezondheid spelen bij uitstek ook de verticale interbestuurlijke verhoudingen (rijk, regio, gemeente) een rol. Publieke gezondheid gaat ons allemaal aan en is 'van de samenleving'. Invloed, medezeggenschap en initiatieven moeten juist vanuit de samenleving kunnen opkomen. Bovendien is met deze optie de langere termijn niet geborgd (gebonden aan kabinetsperiode).

Ten slotte kan een bezwaar zijn dat een te lichte invulling de regeringscommissaris krachteloos maakt, een tandeloze tijger, die de verschillende beleidsdomeinen niet in beweging krijgt en door de samenleving wordt gezien als een instrument of afleidingsmanoeuvre vanuit Den Haag. Het is beslist van belang dat de gezondheidscommissaris voldoende doorzettingsmacht krijgt om keuzes te agenderen en besluitvorming af te dwingen als de verschillende betrokken partijen of actoren elkaar 'gijzelen' en daarmee besluitvorming vertragen of voorkomen, met een verslechtering van de publieke gezondheid tot gevolg. Het gegeven dat hij of zij bij Koninklijk Besluit wordt benoemd met een duidelijke opdracht en bevoegdheid om ingrijpende structurele voorstellen voor te bereiden en een verplichting van het kabinet om hierover te besluiten, komt hieraan tegemoet.

Opties gewogen

De eerste optie, een wettelijke consultatieplicht, acht de RVS niet geschikt; in het veld zijn hiermee slechte ervaringen opgedaan. Het leidt veelal tot 'afvinklijstjes'. Een combinatie van optie 2 (wettelijke gezondheidsdoelen) en 4 (aanstellen van een regeringscommissaris voor volksgezondheid) is wat de Raad betreft het meest kansrijk. De Raad acht een regeringscommissaris voor de volksgezondheid het meest geschikt om sturing te geven aan complexe maatschappelijke opgaven die de volksgezondheid betreffen en waarbij meerdere bestuurslagen en domeinen betrokken zijn en die

tegelijkertijd collectieve inspanningen (vanuit de samenleving) weet te genereren en te kanaliseren.

De gezondheidscommissaris kan stimuleren dat binnen het huidige stelsel maximaal wordt ingezet op de lange termijn en op sociale determinanten en dat beter over domeinen heen wordt samengewerkt. Hij of zij kan vervolgens argumenten bieden voor de politiek rondom de normatieve keuzes die zich altijd zullen voordoen. Ook kan hij of zij onderbouwen en bepleiten waarom er meer middelen nodig zijn om doelen van publieke gezondheidszorg te behalen. De meest directe opbrengst van de gezondheidscommissaris is dat hij of zij doelstellingen concreet kan maken en operationaliseren.

De RVS heeft hierbij voor ogen dat in de formele wet een gezondheidsdoel voor de lange termijn wordt opgenomen en dat daartoe voor een 'missiegedreven' formulering wordt gekozen. Deze doelstelling fungeert als stip op de horizon, als richtsnoer voor het handelen van alle betrokkenen. In lagere regelgeving (Algemene Maatregel van Bestuur of Besluit) kunnen dan op basis van het plan of de agenda die de beoogde regeringscommissaris opstelt, tussentijdse doelen worden opgenomen die de weg banen naar de langere termijndoelstelling. Hiermee kan tegemoet worden gekomen aan het bezwaar zoals recentelijk door de staatssecretaris van VWS genoemd, dat de overheid niet aanspreekbaar kan zijn op resultaten als de overheid voor het behalen daarvan mede of in grote mate afhankelijk is van het gedrag van mensen: meer bewegen, minder overgewicht (door gezonder eten en meer bewegen), minder alcoholgebruik, et cetera. Allemaal zaken waar mensen individueel iets aan moeten doen.

Wanneer sociale determinanten van gezondheid centraler worden gesteld kunnen tussentijdse doelen bovendien aangrijpen op andere uitkomstmaten, waarvoor geen gedragsverandering nodig is. Zoals minder astma op populatieniveau als gevolg van schonere lucht. Of minder chronische stress omdat mensen zich minder zorgen hoeven te maken over hun inkomen. Of minder hart- en vaatziekten door minder zout en vetten in kant-en-klaar voeding.

De Raad acht het daarnaast van belang om te blijven inzetten op het versterken van de regionale infrastructuur voor publieke gezondheidszorg (optie 3). Daar kan op korte termijn mee worden gestart en er kan worden voortgeborduurd op bestaande ontwikkelingen. In het IZA wordt nadrukkelijk uitgegaan van regio's, en voor de aansluiting op het sociaal domein wordt daarin voorgesteld dat er één gemeente moet zijn die namens andere gemeenten penvoerder en financier is. Het niveau van de GGD'en past heel goed op die regionale benadering. Ook gemeenten zien vaak veel voordelen om de regionale schaal te kiezen. In Zuid-Limburg bijvoorbeeld is er al sinds 3 beleidscycli een regionaal gezondheidsbeleid in plaats van een gemeentelijk beleid. Landelijke programma's bieden vaak al mogelijkheden om regionaal de krachten te bundelen, budgetten voor GIDS, Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), Kansrijke Start, Preventieakkoorden, SPUK-gelden worden dan ook steeds meer regionaal ingezet. Gemeenten moeten zich nu houden aan het construct van de Gemeenschappelijke Regeling, maar er kan ook op een andere wijze worden gezocht

naar synergie rond de publieke gezondheid. Bijvoorbeeld door gemeenten in een regio de gezamenlijke bestuurlijke verantwoordelijkheid te laten nemen voor de publieke gezondheid. Een voorbeeld is één bestuur voor GGD en JGZ (als die niet door de GGD wordt uitgevoerd). De regionale preventie-infrastructuur kan ook worden gebruikt voor de uitvoering van GALA en kan zorgen voor de verbinding met IZA (bijvoorbeeld samenwerking tussen mandaatgemeente en GGD). Dat kan bottom-up (eventueel met experimenteerregio's), maar kan ook met behulp van subsidieregelingen worden gestuurd, bijvoorbeeld door een deel van het ZonMw-budget door de regio te laten beheren of bepalen.

De door de Raad beoogde gezondheidscommissaris kan aansluiten bij en gebruikmaken van deze regionale structuren. Om ervoor te zorgen dat deze commissaris succesvol kan zijn, is het belangrijk dat zowel rijk (breed) als gemeenten (breed) zich hieraan committeren. Denkbaar is dat de gemandateerde gemeente of de Directeur Publieke Gezondheid van de GGD als liaison fungeert voor de gezondheidscommissaris. De gezondheidscommissaris kan ook aansluiting zoeken bij bestaande regionale overlegstructuren, zoals bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) of breder bij (bestaande) overlegstructuren waarbij verbindingen mogelijk zijn met andere regionale opgaven, zoals regiodeals.

Randvoorwaarden: brede prospectieve monitoring en gepaste verantwoording

Een integrale langetermijnaanpak van brede gezondheidsdeterminanten stelt ook andere eisen aan de monitoring en verantwoording. Wanneer gezondheidsdoelen wettelijk verankerd worden, dienen de verantwoordelijke bewindspersonen hierover verantwoording af te leggen en kunnen zij op het behalen – of juist niet – worden aangesproken. De monitoring moet de juiste input opleveren, ook vanuit andere beleidsdomeinen. Van belang is dat de voortgang in het bereiken van (tussentijdse) doelen goed gemonitord en geduid wordt en prospectief is, dat wil zeggen: de verbinding legt met de langetermijndoelen en de vervolgstappen die daarvoor nodig zijn. De monitoring moet bovendien inzichtelijk zijn voor alle betrokkenen.[57] Bestaande monitoren moeten doorontwikkeld worden. Het lijkt omwille van de bruikbaarheid én van de administratieve lastenvermindering raadzaam daarbij te streven naar 1) een beperkt aantal KPI's, gerelateerd aan de gezondheidsdoelen, 2) een paar kwalitatieve en kwantitatieve leerindicatoren, en 3) eventueel een grotere set waaruit gemeenten en GGD'en elk jaar mogen kiezen. Dit laatste vergroot ook eigenaarschap en ruimte voor lokale agendering en prioritering.

Hierin spelen verschillende partijen een belangrijke rol. Dat geldt niet alleen voor het RIVM en GGD'en, maar bijvoorbeeld ook het SCP en de in augustus jl. ingestelde Staatscommissie Demografische ontwikkelingen 2050. Deze commissie heeft tot taak de regering te adviseren over scenario's, beleidsopties en handelingsperspectieven van de regering in relatie tot de maatschappelijke gevolgen van de demografische ontwikkelingen, in het bijzonder van vergrijzing en migratie, tot ten minste 2050 en tegen de achtergrond van de brede welvaartsbenadering (art. 1 Instellingsbesluit).

57. Een voorbeeld is het Engelse Public Health Outcomes Framework (AJSPH, 2022).

4.3 Mensen en middelen

Het is van belang te onderzoeken of de geconstateerde verschillen tussen GGD'en in mensen en middelen te rechtvaardigen zijn. Zoals eerder gesteld, worden deze verschillen vaak toegeschreven aan regionale verschillen, maar weten we niet of dit terecht is. Wat we wel weten, is dat er overal grote tekorten zijn aan professionals in de publieke gezondheidszorg (waaronder bijvoorbeeld het schrijnende tekort aan forensisch artsen, artsen M+G/jeugdgezondheidszorg en artsen M+G/infectieziektebestrijding[58]). Het lijkt goed om te streven naar een verruiming van de veldnormen voor beschikbaarheid van professionals die vooral gebaseerd is op de (nieuwe) inhoudelijke uitdagingen waarvoor de publieke gezondheidszorg zich gesteld ziet, zoals de veranderende demografie en zorgvraag[59], het veranderend zorgaanbod, onafwendbare klimaatveranderingen, toenemende veiligheidsdreigingen[60] en (zeer) zorgwekkende stoffen (*emerging risks*)[61].

Wat betreft de positionering van GGD'en heeft de Raad zich gebogen over de vraag of meer verzelfstandiging van GGD'en of juist een stevigere inbedding in gemeenten zou kunnen bijdragen aan effectievere bescherming en bevordering van de volksgezondheid. Meer verzelfstandiging zou kunnen worden bereikt door kritisch te bekijken welke taken op bovenregionaal en/of landelijk niveau bepaald of vormgegeven moeten en kunnen worden en welke beter op gemeentelijk niveau kunnen worden ingevuld. Alleen als autonomie in de uitvoering van taken nodig of gewenst is, zou toedeling aan gemeenten aangewezen zijn. Bij medebewindstaken, zoals het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma en bevolkingsonderzoeken, zou in deze opvatting toedeling aan gemeenten niet aan de orde zijn. Deze taken (met bijbehorend budget) zouden rechtstreeks aan GGD'en opgedragen kunnen worden.

Argumenten voor meer verzelfstandiging kunnen zijn een versterking van de positie van GGD'en, minder afhankelijkheid van gemeentelijke onderhandelingen en financiering, meer zeggenschap over omvang en uitvoering van taken en betere borging van de onafhankelijke adviestaak van GGD'en.

Argumenten tegen verzelfstandiging en voor een steviger inbedding in gemeenten zijn dat verzelfstandiging van GGD'en kan leiden tot duale aansturing van de GGD'en (door gemeenten en rijk), dat het risico ontstaat dat te veel gestandaardiseerd of geüniformeerd wordt (vgl. JGZ), dat er een gebrek is aan integraal beleid voor publieke gezondheid op gemeentelijk niveau en dat er minder invloed is van GGD'en op gemeentebreed beleid.

De RVS is van oordeel dat een stevige inbedding van GGD'en in gemeenten aangewezen is, met aandacht voor taken die door toenemende personele schaarste bovenregionaal georganiseerd kunnen worden (zoals piketdiensten in de avond en nacht

58. https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2021/12/2021_12_02-Capaciteitsplan-JGZ-IZB-WEB.pdf
59. https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-sociale-geneeskunde/
60. https://www.nctv.nl/documenten/publicaties/2022/09/26/rijksbrede-risicoanalyse-nationale-veiligheid
61. https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/van-artsen-is-een-duidelijk-signaal-nodig-tegen-pfas.htm

of het behoud van toegang tot essentiële medicijnen en hulpmiddelen). De behoefte aan verzelfstandiging lijkt vooral ingegeven te worden door de wens om over meer financiële middelen te kunnen beschikken en om hierover sneller zekerheid te verkrijgen. De Raad ziet meer heil in het proactief ramen van de benodigde capaciteit aan professionals om aan deze wens tegemoet te komen. Binnen het huidige stelsel, zoals weergegeven in de Wpg, zijn en blijven de Colleges van B&W primair bestuurlijk verantwoordelijk voor het monitoren van de gezondheid van hun inwoners, het signaleren van dreigingen en het initiëren van actie om de gezondheid van hun inwoners te beschermen en te bevorderen. Daarnaast wordt er al langere tijd voor gepleit om leiderschap door professionals beter te borgen binnen de GGD'en. De instelling van een medische adviesraad in elke GGD zou daarvoor een geschikt middel kunnen zijn, evenals duaal leiderschap aan de top.

De verantwoordelijkheid van gemeenten voor GGD'en kan beter geborgd worden door één gemandateerde gemeente (conform IZA) deze taak te geven. Deze gemeente is daarmee ook pleitbezorger voor deze GGD bij de andere gemeenten in de betreffende regio.

In het licht van de veranderende opgaven voor de publieke gezondheidszorg lijkt het ook raadzaam om de overlap in taken tussen de Wpg en andere wettelijke regelingen, zoals de Wmo (ouderenzorg) , opnieuw kritisch te bekijken en waar mogelijk te elimineren.

Kennisinfrastructuur

De kennisinfrastructuur van de publieke gezondheidszorg is op onderdelen matig ontwikkeld en vooral gefragmenteerd. De Raad acht het noodzakelijk om de kennisfunctie een stap verder te brengen en effectiever en efficiënter te laten zijn in de praktijk.

Vaak wordt de driehoek Kennis-Beleid-Praktijk gehanteerd als logische, aan elkaar verbonden domeinen. De as Beleid-Kennis vertoont de meeste hiaten: er wordt te weinig beleidsmatig en strategisch aandacht geschonken aan de positie van kennis. Het beleid ziet het belang van kennis in, maar komt maar beperkt aan prioritering toe in zijn beleidsambities. Het ontwikkelen en duiden van kennis gebeurt vrijblijvend; er is geen wettelijke verplichting die houvast biedt om hieraan te werken.

De knelpunten zoals in hoofdstuk 3 benoemd, kunnen als richtsnoer dienen om kennis steviger aandacht te geven en de gebreken in het stelsel te adresseren. De kennis- en preventiesector ontplooit zelf weinig initiatieven om dat veld te betreden. Al jarenlang zijn de analyses zoals in de knelpunten verwoord, herhaald. In 2013 hebben GGD'en samen met andere stakeholders in het kennisveld intenties uitgesproken om een regionale en landelijke kennisnetwerkinfrastructuur te gaan bouwen. Dat is toen niet gelukt. Met het IZA en GALA liggen hier nieuwe kansen (en momentum) in het verschiet, met de GGD'en als stevige verbinding tussen kennis en praktijk.

4.4 Financiering: investeren en oormerken

Van belang is dat de financiering voor publieke gezondheidstaken voorspelbaar en dus langjarig is. De financiering van gemeenten voor het onderwerp publieke gezondheid is nu ten dele afhankelijk van tijdelijke, niet structurele middelen. Al langere tijd bestaat het voornemen – in navolging van een advies van Andersson Elffers Felix – specifieke uitkeringen in het leven te roepen om te garanderen dat de betreffende financiële middelen niet anders dan voor publieke gezondheidstaken kunnen worden ingezet. De middelen zouden dan geoormerkt zijn.

In het GALA is ervoor gekozen om de financiering van verschillende (bestaande en nieuwe) programma's en aanpakken waarover afspraken zijn gemaakt, te bundelen in één specifieke uitkering (SPUK). In deze SPUK worden in elk geval 15 bestaande en nieuwe interventies en aanpakken gebundeld. De bedoeling is dat gemeenten voor 2023 via een eenvoudige aanvraag middelen kunnen ontvangen en dat ze voor de periode 2024-2026 een plan van aanpak moeten opstellen waaruit blijkt dat de verschillende interventies en aanpakken hun plek hebben in een samenhangende, integrale blik op het bevorderen van de gezondheid van de inwoners.

Dit lijkt een stap in de goede richting. Toch bestaat in het veld de vrees dat deze SPUK juist de zo vaak genoemde geïntegreerde aanpak eerder frustreert dan helpt. Veel van de onderwerpen die in het GALA genoemd worden, overlappen met de inrichting van de fysieke ruimte, het beheer van de openbare ruimte, welzijnswerk, sport, buurtopbouwwerk, extra taken in de jeugdgezondheidszorg et cetera. Een SPUK geeft de schijnzekerheid dat gemeenten het extra geld hieraan ook daadwerkelijk uitgeven. Wat vaak gebeurt, is dat de bestaande gemeentelijke subsidies of activiteiten voor niet-wettelijke taken worden omgezet in termen die in de SPUK passen, waarna de eigen gemeentelijke middelen vrijvallen voor andere doelen.

Met het GALA komt er structureel geld voor gemeenten voor de beweging 'naar de voorkant' en dat is goed. Het GALA is een verzameling van veel mooie ideeën, plannen en programma's met verschillende financieringsstromen. Het risico is groot dat het daarin verzandt. Er is meer focus, urgentie en versimpeling nodig om resultaten te boeken.

Men zou de vraag kunnen opwerpen of een flinke financiële impuls nodig is om publieke gezondheidstaken te kunnen uitvoeren. Immers, als ook andere sectoren bijdragen aan de publieke gezondheid, komt ook daar geld vandaan. Dit is op zichzelf juist, maar de relatie is ook andersom: vanuit de publieke gezondheidszorg gaat ook geld naar het versterken van andere terreinen, bijvoorbeeld de gezonde basisschool van de toekomst. Daarnaast is voor een aantal infrastructurele zaken (zoals opleidingen, professionalisering, ICT en dataverzameling) en voor de versterking van de kennisinfrastructuur en de uitbreiding van de capaciteit aan gekwalificeerde medewerkers beslist meer geld nodig.

Ook voor de aanstelling van een regeringscommissaris met een daarbij behorende staf, opdracht en mandaat zal (extra) geld nodig zijn, los van de gelden die via het

Gemeentefonds naar gemeenten gaan voor publieke gezondheid. Uit de vergelijking met de deltacommissaris leren we dat een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van diens missie was dat hij kon beschikken over een fonds. Landelijke financiering is ook nodig om mogelijk te maken en te stimuleren dat gemeenten beter van elkaar kunnen leren, dat tussentijdse doelen tijdig geëvalueerd en bijgesteld kunnen worden en dat voorzien kan worden in een taakverwaarlozingsregeling voor gemeenten die onvoldoende leveren.

In zijn advies *Een eerlijke kans op gezond leven* (2021) pleit de RVS ervoor om 2% van de VWS-begroting aan te wenden voor de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Dat zou een startbudget opleveren van € 1,7 miljard. Dit kan worden aangevuld met gelden die nu beschikbaar zijn voor de klimaattransitie, hetgeen sterk correleert met een gezonde leefomgeving.

4.5 Dienstverlening

In de ogen van de Raad vormt de publieke gezondheidszorg (en de GGD'en) een integraal (en zichtbaar) onderdeel van de brede basiszorg. Een mogelijkheid om brede basiszorg te bewerkstelligen, is het samenbrengen van sociale en medische functies in een centrale plek in een wijk. Zoals in het Sunlight Centre[62] in Gillingham in het Engelse Kent. Gezondheidzorg en buurtwerk zitten daar naast elkaar, in hetzelfde gebouw. Er is een huisartsenpraktijk, een centrum voor jeugd en gezin en een apotheek. Én een opname studio, repetitieruimtes, een lokaal radiostation, grote en kleine ruimtes die gehuurd kunnen worden en een buurtcafé. Het wordt gerund door een stichting die als doel heeft de mentale en fysieke gezondheid en het welzijn van de lokale gemeenschap te verbeteren. Deze bundeling zou kunnen worden aangevuld met sociaal werk met, voor en door bewoners. Zoals een kookclub, een wandelclub of het beheer van een moestuin. Dergelijke activiteiten leveren niet alleen een bijdrage aan de fysieke, maar ook aan de mentale gezondheid, vanwege het sociale karakter. Ook in Nederland worden stappen gezet om tot brede basiszorg te komen. Zo levert Krachtige Basiszorg[63] een integrale aanpak voor bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problematiek in meerdere levensdomeinen. Actieve en gestructureerde samenwerking tussen het medische en sociale domein is daarbij het uitgangspunt. De inzet van publieke gezondheidsprofessionals in dergelijke initiatieven is volgens de Raad een waardevolle toevoeging om tot brede basiszorg te kunnen komen.

4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk heeft de RVS een aantal oplossingsrichtingen verkend voor (specifieke) belemmeringen in de inrichting van de zorg voor publieke gezondheid om brede determinanten van gezondheid gericht en voortvarend te kunnen aanpakken. De kern van de voorkeursrichting van de Raad is het aanstellen van een regeringscommissaris voor de volksgezondheid, het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen en het beter onderbouwd (her)investeren in publieke gezondheidszorg. In het slothoofdstuk formuleert de Raad op basis hiervan zijn advies en werkt hij zijn advies uit in aanbevelingen.

62. Sunlight Development Trust (www.sunlighttrust.org.uk)
63. www.krachtigebasiszorg.nl

5 Advies en aanbevelingen

5.1 Advies en aanbevelingen

Een stevig fundament voor onze publieke gezondheidszorg is van wezenlijk belang. De volksgezondheid staat immers onder druk. Nederland is wat betreft de gemiddelde levensverwachting van haar inwoners afgezakt van een koppositie in de EU naar de middenmoot. Deze neerwaartse tendens is op zichzelf genomen zorgelijk en wordt versterkt door nieuwe uitdagingen die de volksgezondheid bedreigen, zoals wereldwijde klimaatverandering, infectieziekten/zoönosen, verharding en polarisatie, overheidswantrouwen en meer recentelijk de oorlog in Oekraïne, de vluchtelingencrisis, de energiecrisis en de inflatie.

De zorgsector kan de nieuwe zorgvraag feitelijk niet meer aan en er is een tekort aan arbeidskrachten in de hele economie, waaronder de zorgsector. Verlies van arbeidsproductiviteit door vermijdbare overbelasting, ziekte en aandoeningen kunnen we ons niet veroorloven. Het verbeteren van onze publieke gezondheid kan ook helpen om dit verlies te beperken. Daarmee verschuift de focus van het repareren van gezondheidsschade naar het voorkomen ervan. Urgentie is daarbij geboden, omdat gezondheidswinst blijft liggen en de houdbaarheid van het zorgstelsel in brede zin, zowel financieel en personeel als maatschappelijk, onder druk staat.

Het huidige fundament van de publieke gezondheidszorg is zwak en moet worden verstevigd. Dat is niet alleen nodig om reguliere taken aan te kunnen, maar ook om te kunnen inspelen op de (nieuwe) grote maatschappelijke opgaven.

De inrichting van de publieke gezondheidszorg moet zodanig worden versterkt dat tot een doortastende en minder vrijblijvende aanpak gekomen kan worden. De Raad adviseert hiertoe het volgende:

- Stel de verbetering van brede determinanten van gezondheid centraal in de publieke gezondheidszorg.
- Streef ernaar gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren.
- Stel een regeringscommissaris voor de volksgezondheid ('gezondheidscommissaris') aan.
- Blijf daarnaast inzetten op het versterken van de regionale infrastructuur voor publieke gezondheidszorg.
- Zorg voor structurele en toereikende aantallen mensen en middelen.

De Raad werkt deze aanbevelingen in de volgende paragraaf uit.

5.2 Aanbevelingen

Stel de verbetering van brede gezondheidsdeterminanten centraal in de publieke gezondheidszorg

Draag als kabinet uit dat publieke gezondheidszorg niet een exclusieve aangelegenheid is van het ministerie van VWS of de gemeenten, maar een aangelegenheid die kabinetsbrede inzet vraagt. Health in and for All Policies is het nieuwe uitgangspunt. Het beleid van veel departementen is van invloed op de brede determinanten van gezondheid. En andersom is het beleid van VWS ook (mede) van invloed op doelstellingen van andere beleidsterreinen. Het is van belang dit beleid in samenhang te bezien, te beoordelen op (te verwachten) effecten op de volksgezondheid en bij te stellen als de volksgezondheid daarom vraagt.

Streef ernaar gezondheidsdoelen wettelijk te verankeren

Het wettelijk verankeren van gezondheidsdoelen is een kansrijke manier om los te komen van kortdurende vierjaarlijkse beleidscycli op landelijk en decentraal overheidsniveau. Daarmee is de continuïteit van beleid gediend en dat is nodig, omdat publieke gezondheidszorg een lange adem vergt. Wettelijke gezondheidsdoelen zijn bovendien verplichtend voor alle betrokken overheidslagen. Het is daarbij wel van belang dat de wettelijke doelen ruimte laten voor betrokken partijen om te bepalen hoe zij daaraan werken en dat deze doelen niet reductionistisch van aard zijn. De Raad beveelt aan de beoogde gezondheidscommissaris in zijn[64] opdracht mee te geven hiertoe een voorstel te formuleren.

Stel een regeringscommissaris voor de volksgezondheid (gezondheidscommissaris) aan met een heldere opdracht en mandaat

De aanstelling van een regeringscommissaris voor de volksgezondheid is een forse aanbeveling, die de Raad nodig acht om te stimuleren dat binnen het huidige stelsel maximaal wordt ingezet op de lange termijn en op brede gezondheidsdeterminanten, en dat beter over domeinen heen wordt samengewerkt. Tegelijkertijd is nodig dat de stem van de samenleving meer gehoord en begrepen wordt en meer sturend wordt voor verbetering van de publieke gezondheid. De gezondheidscommissaris fungeert als spin in het web om deze betrokkenheid en afstemming voortvarend ter hand te nemen.

Gegeven de centrale plaats die deze aanbeveling in ons advies inneemt en het feit dat het om een bijzondere staatsrechtelijke en institutionele figuur gaat, werkt de Raad hierna nader uit hoe hij de positionering, opdracht, taken en bevoegdheden van de gezondheidscommissaris ziet.

Positionering

De gezondheidscommissaris wordt bij Koninklijk Besluit aangesteld voor een langere (kabinetsoverstijgende) periode. Hij dient naast de ambtelijke lijnorganisatie te worden gepositioneerd. Hij staat de ministers van VWS bij en valt onder hun verantwoordelijkheid, maar kan ook op grond van artikel 69 van de Grondwet het woord voeren in de Tweede en Eerste Kamer.

64. Waar 'hij' staat, kan ook 'zij' worden gelezen en waar 'zijn' staat, kan ook 'haar' worden gelezen.

De functie van gezondheidscommissaris kan belegd worden bij een persoon met aanzien, iemand met gezag, die onafhankelijk is van de overheid en politiek. Deze functionaris moet ondersteund worden door een (kleine) staf van mensen en moet rechtstreeks toegang hebben tot de brondata bij het RIVM, het CBS en GGD'en.

De gezondheidscommissaris dient zich niet alleen te verhouden tot de rijksoverheid, maar ook tot decentrale overheden en partijen in de samenleving. Hij kan alleen in zijn missie slagen als betrokken partijen zich hieraan committeren, als zij eigenaarschap voelen. Het is van belang dat plannen en initiatieven die vanuit de samenleving ontstaan kunnen worden ingebracht.

Het is belangrijk dat de gezondheidscommissaris kan beschikken over een 'Deltafonds' voor publieke gezondheid. Daartoe zou een deel van het door de Raad eerder voorgestelde startbudget van € 1,7 miljard (2% van de VWS-begroting) kunnen worden benut. De commissaris mag middelen uit dit fonds uitgeven; het beheer van het fonds blijft wel berusten bij het ministerie van VWS.

De gezondheidscommissaris maakt jaarlijks een programma en een rapport over de voortgang, onafhankelijk en namens alle betrokken partijen. De staf kan beperkt zijn; partijen uit de samenleving leveren kennis en data aan.

Opdracht, taken en bevoegdheden regeringscommissaris

De kern van zijn opdracht is het bevorderen van de volksgezondheid door het stimuleren van het verbeteren van de brede gezondheidsdeterminanten. Hij doet dit door partijen samen te brengen en samenwerking aan te jagen, de voortgang te monitoren en jaarlijks hierover te rapporteren aan de Kamers der Staten-Generaal.

De opdracht aan de gezondheidscommissaris is om in samenspraak met alle betrokken partijen een voorstel te formuleren voor wettelijk te verankeren gezondheidsdoelen en een agenda voor de komende jaren op te stellen, met tussentijdse doelen, op weg naar het realiseren van de wettelijk te borgen langetermijndoelstellingen. Daarmee kan hij ook het kabinet aanspreken op wat volgens andere partijen (gemeenten, regio, professionals, burgers) nodig is aan maatregelen om die tussentijdse doelen te bereiken. Van belang is ook dat de voortgang in het bereiken van (tussentijdse) doelen goed gemonitord wordt en inzichtelijk is voor alle betrokkenen. Onderdeel van zijn opdracht is ook een voorstel te doen voor het wettelijk regelen van de functie en positie van de gezondheidscommissaris (zoals van de deltacommissaris in de Waterwet).

Deze gezondheidscommissaris moet overigens ook de bevoegdheid hebben om gemeenten die (sterk) achterblijven in de uitvoering van publieke gezondheidszorg tot verbeteringen te manen en bij uitblijven daarvan een taakverwaarlozingsregeling op te leggen. De gezondheidscommissaris moet voldoende doorzettingsmacht krijgen om keuzes te agenderen en besluitvorming af te dwingen als de verschillende betrokken partijen of actoren elkaar 'gijzelen' en daarmee besluitvorming vertragen of voorkomen. Het gegeven dat hij bij Koninklijk Besluit wordt benoemd, met een duidelijke opdracht en bevoegdheid om ingrijpende structurele voorstellen voor te

bereiden en een verplichting van het kabinet om hierover te besluiten, komt hieraan tegemoet.

Met deze opdracht wordt de voorbereiding van politieke besluitvorming waar mogelijk gedepolitiseerd. De besluitvorming zelf – het vaststellen van het voorstel voor wettelijke gezondheidsdoelen en de agenda – blijft voorbehouden aan de politiek.

Blijf inzetten op versterking van de regionale infrastructuur voor publieke gezondheidszorg

Sluit hiertoe aan bij het voornemen in het IZA, waarin voor de aansluiting op het sociaal domein wordt voorgesteld om één gemandateerde gemeente te benoemen die namens andere gemeenten penvoerder en financier is. Maak daarbij zo veel mogelijk gebruik van bestaande constructen, zoals de gezamenlijke regelingen GGD'en. Gebruik de regionale preventie-infrastructuur voor de uitvoering van het GALA.

Zorg voor structurele en toereikende aantallen mensen en middelen

Gelast een onderzoek naar de vraag of de geconstateerde verschillen tussen GGD'en in mensen en middelen te rechtvaardigen zijn. Investeer fors in de bemensing van GGD'en. Verruim zo nodig de veldnormen voor beschikbaarheid van professionals en bevorder de instroom in de opleidingen. Ga hierbij uit van de benodigde capaciteit om zowel reguliere taken uit te kunnen uitvoeren als in te kunnen inspelen op nieuwe uitdagingen en risico's voor de volksgezondheid.

Behoud en versterk waar nodig de inbedding van GGD'en in gemeenten, maar borg de onafhankelijke adviesfunctie van GGD'en.

Versterk de kennisinfrastructuur van de publieke gezondheidszorg door aan te sluiten bij de regionale preventie-infrastructuur. Bevorder een intensievere samenwerking tussen GGD'en, Academische Werkplaatsen, UMC's (vakgroepen sociale geneeskunde) en lectoraten van hogescholen.

Draag zorg voor een stevige structurele financiering van gemeenten voor het uitvoeren van publieke gezondheidszorg. Gebruik hiertoe een substantieel deel van het eerder door de Raad voorgestelde startbudget van € 1,7 miljard (2% van de VWS-begroting).

5.3 Tot slot

Raad heeft op hoofdlijnen aangegeven wat naar zijn idee aan de inrichting van het stelsel van publieke gezondheidszorg in Nederland moet veranderen. Het is niet aan de Raad om zijn aanbevelingen tot in detail uit te werken. Het gaat om een enorme en complexe veranderopgave, die in samenspraak met betrokken partijen en burgers nader vorm en inhoud moet krijgen.

Daarvoor is een krachtdadige figuur nodig: een gezondheidscommissaris met een duidelijke opdracht en een helder mandaat. Hij bewerkstelligt dat de vrijblijvendheid van beleid op het gebied van publieke gezondheidszorg wordt weggenomen door met alle betrokkenen te werken aan een 'Deltaplan' voor de publieke gezondheidszorg en een voorstel voor wettelijke verankering van gezondheidsdoelen.

Het is wat de Raad betreft aan het huidige kabinet om de aanstelling van de gezondheidscommissaris voor te bereiden, daarbij gebruikmakend van de inzichten en ervaringen die met het GALA worden opgedaan. Zo wordt geborgd dat over kabinetsperiodes heen voldoende aandacht voor publieke gezondheid(szorg) wordt gegenereerd, '*op onze gezondheid!*'

Bijlage 1

Overzicht regeringscommissarissen en varianten (niet limitatief)

Regeringscommissaris seksueel geweld

Onder verantwoordelijkheid van
Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Centrale regie vanuit kabinet?
Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Opdracht
- **Versterken aanpak en aanjagen cultuurverandering;**
- **Adviseren over totstandkoming en uitvoering aanpak;**
- **Debat initieren;**
- **Initiatieven stimuleren;**
- **Signaleren**

Mandaat/bevoegdheden
Nat. Actieplan opgesteld door/onder regie kabinet

Financiën
Via Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap voor uitvoeren opdracht

Einddatum/Opvolging?
01-07-2025; Follow up?

Regeringscommissaris informatie-huishouding

Onder verantwoordelijkheid van
Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Centrale regie vanuit kabinet?
–

Opdracht
- **Bevorderen uitvoering programma**
- **Open op Orde**
- **Aanjagen en stimuleren**
- **Signaleren; aanspreken**
- **Bijstaan minister**

Mandaat/bevoegdheden
- **Programma reeds opgesteld;**
- **Bevoegdheid ingrijpen blijft bij minister**

Financiën
Via min. BZK voor uitvoeren opdracht

Einddatum/Opvolging?
PM onduidelijk

Regeringscommissaris jeugd- en jongerenbeleid

Onder verantwoordelijkheid van
Samenwerkingsverband min. VWS, OCW, SZW, BZK
Bewindslieden: stas VWS, min. OCW, Justitie, SZW, BZK, VI

Centrale regie vanuit kabinet?
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Opdracht
- **Adviseren en voorstellen doen aan min. VWS,**
- **Bewaken doelstellingen kabinet en uitvoering operatie JONG,**
- **Faciliteren samenwerking**

Mandaat/bevoegdheden
- **Doelstellingen opgesteld door samenwerkingsverband**
- **Rapporteren aan bewindslieden JONG**
- **Evt. ook rechtstreeks aan min. VWS**

Financiën
–

Einddatum/Opvolging?
30-04-2004 t/m 29-04-2008; daarna minister Jeugd en Gezin (nu weer vervallen)

Regeringscommissaris Delta-commissaris

Onder verantwoordelijkheid van
Min. Verkeer en Waterstaat

Centrale regie vanuit kabinet?
–

Opdracht
- **bevorderen van de totstandkoming en uitvoering van het deltaprogramma.**
- **Adviseren, bijstaan, vertegenwoordigen minister;**
- **Voorstellen doen voor het deltaprogramma;**
- **voorstellen doen voor inzetten bevoegdheden overheden;**
- **draagvlak creeren en instand houden**

Mandaat/bevoegdheden
- **Deltaprogramma vastgesteld door kabinet;**
- **desgewenst het woord voeren over het deltaprogramma in parlement;**
- **PM budget om zelfstandig besluiten te nemen omtrent plannen stakeholders**

Financiën
budget dat toereikend is voor de hem toebedeelde taken (NB fors budget)

Einddatum/Opvolging?
02-02-2010 t/m 31-12-2011; daarna RC opgenomen in Deltawet

Nationaal Rapporteur Verslavingen

Onder verantwoordelijkheid van
Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Centrale regie vanuit kabinet?
–

Opdracht
- **Adviseren bewindslieden VWS, min. V&J en min. Rechtsbescherming over aanpak verslavingen;**
- **Signaleren; samenbrengen kennis; rapporteren bevindingen**

Mandaat/bevoegdheden
- **(Nog) geen nationaal plan.**
- **Rapporteur kan aanbevelingen geven aan alle betrokkenen ter verbetering van de aanpak van verslavingen.**
- **Staatssecr. Kan de Rapporteur aanwijzingen geven.**

Financiën
Bezoldiging en Arbeidsvoorwaarden obv ambtenarenrecht

Einddatum/Opvolging?
Vanaf 11 november 2022

Nationaal Coördinator Groningen

Onder verantwoordelijkheid van
Ministerie van Economische Zaken

Centrale regie vanuit kabinet?
–

Opdracht
- **Programma Aardbevingbestendig en Kansrijk Groningen;**
- **voorstellen doen voor het Programma; voorstellen doen voor inzetten bevoegdheden overheden;**
- **draagvlak creëren en in stand houden**

Mandaat/bevoegdheden
- **Programma vastgesteld door kabinet;**
- **Kan voorstellen doen ter aanpassing.**

Financiën
–

Einddatum/Opvolging?
–

Nationaal Coördinator tegen discriminatie en racisme

Onder verantwoordelijkheid van
Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Centrale regie vanuit kabinet?
–

Opdracht
- **bevorderen van de totstandkoming en van de uitvoering van het Nationaal Programma;**
- **doen van een voorstel aan de Minister voor het meerjarig programma alsmede de jaarlijkse actieprogramma's; aanjagen, stimuleren; draagvlak creëren en in stand houden**

Mandaat/bevoegdheden
- **Doen van voorstellen voor Nationaal Programma (op te stellen door kabinet);**
- **desgewenst het woord voeren over het programma in parlement**

Financiën
Budget dat toereikend is voor de toebedeelde taken

Einddatum/Opvolging?
Vanaf 15-10-2021

6 Literatuur

AD. Nederland dient in Brussel voorstel PFAS-verbod in: Grootste stoffenverbod ooit in Europa'. AD, Algemeen Dagblad, 13 januari 2023

AEF. Eindrapport. Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. AEF, Andersson Elffers Felix, Utrecht, 2 december 2013

AEF. De GGD in beeld. Een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. AEF, Andersson Elffers Felix, Utrecht, 1 juni 2017.

AEF. Capaciteit Infectieziektebestrijding in beeld Eindrapportage. AEF, Andersson Elffers Felix, Utrecht, januari 2023

Backx H.A.M. Kennis als kracht voor gezondheid. Rapportage opdracht kennisinfrastructuur. GGD GHOR Nederland, maart 2022

Betts D., Gordon R., Boozer Cruse C., Muckle Egizi A. The future of the public's health. Reimagining the health ecosystem: Programs, policies, and systems for strengthening public health. Deloitte, November 2021. https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/the-future-of-public-health.html

Blomaard L. GGD'en, versterk uw rol binnen de publieke gezondheidszorg. Zorgvisie, 4 augustus 2022

Bruijn L.M., Hessels J.A. Landelijke ambities versus lokale uitwerking: gemeentelijk gezondheidsbeleid en lokale tabaksontmoediging laten te wensen over. TSG, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen, uitgave 3/2022

Buskens E. Torenhoge ambities zorgakkoord zijn weinig realistisch. IZA mist concrete onderbouwing van beleidsdoelen. MC, Medisch Contact, 10 november 2022.

Bussemaker J., Schimmelpenninck C., Winsemius A. Een betere gezondheid begint bij de samenleving. NTvG, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 11 januari 2023

CDC 10 Essential Public Health Services. https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html

Driesten van G., Wessels K. Leren en werken in de zorg. Vier scenario's voor de hoogopgeleide zorgprofessional in 2032. G. In opdracht van SBOH.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), januari 2023

GGD GHOR Nederland. Onderzoek 'capaciteit infectieziektebestrijding in beeld' bevestigt opnieuw de noodzaak voor versterking GGD'en. 23 februari 2023.

GGD GHOR Nederland. GGD Benchmarkrapportage 2021. GGD-Benchmark-2021-definitief.pdf (ggdghor.nl)

Graaf de B. Hebben we echt te maken met zoveel meer crisis en ellende dan vroeger of is er iets anders aan de hand? Trouw, 28 september 2022

Hagenaars L., Waterlander W., Hertog den K., Stroinks K. Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan? TSG (2022) 100 (Suppl 3):S119-S123

Héman R. De Sarphati-strategie anno 2023. MC, Medisch Contact, 5 januari 2023.

Héman R. Een urgente noodzaak, MC, Medisch Contact, 10 juni 2022.

Héman R. Het is tijd voor een preventiecommissaris, MC, Medisch Contact, 14 maart 2022

Hendriks A., Sijmons J., Toebes B. Gezondheidsbeleid vraagt om een geintegreerde aanpak. Het onderscheid tussen preventie en curatieve zorg behoeft heroverweging. NJB, Nederlands Juristen Blad, afl. 11, 25 maart 2022

Huurman J.G.J. Honderd jaar TSG. TSG, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen, uitgave bijlage 3/2022

Integraal ZorgAkkoord (IZA). Samen werken aan gezonde zorg. September 2022

Jambroes M., Essink-Bot M.L., Plochg T, Zaadstra B., Stroinks K. De Nederlandse publieke gezondheidszorg: 10 kerntaken en een nieuwe definitie. Ned.Tijdschr. Geneeskd. 2013; 157;A6195

Kroon K. Polderend preventiebeleid. Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166;D6927

Land van 't, K., Mierau J., Wouterse, B. Preventie levert veel meer op dan gedacht. MC – Medisch Contact 27-28, 8 juli 2022

Marmot M. A generation of Britons face long-term illness from being cold and poor this winter. The Guardian, 1 september 2022.

Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P., Morrison J. Build back fairer in Greater Manchester: health equity and dignified lives. Londen: Institute of Health Equity; 2021.

NFU. Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? NFU – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, wetenschappelijke werkgroep preventie, juni 2022. 22.01619_NFU_White_Paper-Preventie.pdf

Niaounakis T.K., Blank J.L.T., Heezik van A.A.S. IPSE. Kosten van de lokale publieke gezondheidszorg in verband Een kwantitatief onderzoek naar de kostenstructuur van de publieke gezondheidszorg in Nederlandse gemeenten 2008-2016. IPSE, Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies, Den Haag/Delft 1 maart 2018

RIVM, voortgangsrapportage 2021

Rossum van E.F.C. Gezond leven. Een gedeelde publieke en individuele verantwoordelijkheid. NtvG28 december 2022

RVS (2017c). Eenvoud loont. Oplossingen om schulden te voorkomen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2020). Gezondheidsverschillen voorbij. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2020). Herstel begint met een huis. Daklоosheid voorkomen en verminderen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2021). Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

RVS (2021). Een eerlijke kans op gezond leven. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2021). Gezichten van een onzeker bestaan. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVS (2022). Van schuld naar schone lei. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Schimmelpenninck C., Vroeg opsporen of écht voorkomen. MC, Medisch Contact, 6 mei 2022.

Skipr. Radboudumc-onderzoeker: GGD moet ingrijpen in Ter Apel. 25 augustus 2022.

The Commonwealth Fund. Meeting America's Public Health Challenge. Recommendations for building a national public health system that addresses ongoing and future health crises, advances equity, and earns trust. Juni 2022. Meeting America's Public Health Challenge | Commonwealth Fund

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventief gezondheidsbeleid. Brief van de staatssecretaris van VWS. 32793, nr. 632. Den Haag, 15 juli 2022

Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2013-2014, 32620, nrs.132, 166, 167. Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Preventief gezondheidsbeleid. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 32 793, nr. 558, 7 juli 2021

Tweede Kamer der Staten Generaal. Lijst van vragen en antwoorden over de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid (LNG) 2020-2024; Kamerstuk 32793, nr. 493, Preventief gezondheidsbeleid.

Twist van M., Schulz M., Steen van der M., Ferket J. De deltacommissaris. Een kroniek van de instelling van een regeringscommissaris voor de Nederlandse delta. NSOB, 2013.

Veldboer, L., Engbersen, R., Hooghiemstra, E., Jansen, J., Koeter, L., Repetur, L., Rözer, J. en Sprinkhuizen, A. (reds.) (2022). Lexicon nabij sociaal werk (versie 1.0). Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein

VNG. Propositie publieke gezondheid. Samen op weg naar een lokale gezondheidsinfrastructuur. 7_propositie_publieke_gezondheid.pdf (vng.nl)

VNG Koersdocument: https://vng.nl/nieuws/document-geeft-richting-voor-preventief-gezondheidsbeleid

Vonk R., Jansen M., Dale van D. Thema: Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: radicale koerswijziging vereist. Welvaart breder verdelen. TSG, Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen, uitgave bijlage 1/2022

Wessels K. en Driesten van G. Zo werkt de zorg in Nederland. De Argumentenfabriek, 2018

Wiegersma A. Heeft de sociale geneeskunde nog bestaansrecht? Corona demonstreerde opnieuw het falen van de publieke gezondheidszorg. MC, Medisch Contact, 22 september 2022.

Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, Seidell JC, Pop IA, Renders CM. A Theoretical Perspective on Why Socioeconomic Health Inequalities Are Persistent: Building the Case for an Effective Approach. IJERPH - International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(14):8384. https://doi.org/10.3390/ijerph19148384

WRR, 2021. Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR-rapport 104. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

ZonMw. Dankzij impuls zetten GGD'en in op een sterkere kennis- en adviesfunctie. Impuls toegekend aan GGD'en én subsidie voor overkoepelend netwerk. https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/dankzij-impuls-zetten-ggden-in-op-een-sterkere-kennis-en-adviesfunctie/?utm_medium=email

ZonMW. Versterking kennisinfrastructuur gezondheidsbevordering en preventie. www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/versterking-kennisinfrastructuur-gezondheidsbevordering-en-preventie/

ZonMW. Academische Werkplaatsen publieke gezondheid Vervolgprogramma.

www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/programma-detail/academische-werkplaatsen-publieke-gezondheid-vervolgprogramma/

Zorgvisie. Brede coalitie wil wettelijke verankering gezondheidsdoelen. 16 februari 2023

Zorgvisie. Zonder nieuw preventieakkoord GALA loopt de zorg vast. 6 februari 2023

Zorgvisie. Mierau: 'Niemand draagt verantwoordelijkheid voor volksgezondheid'. 25 augustus 2020

Zorgvisie. Infectieziektebestrijding staat al tien jaar op waakvlam-niveau. 13 augustus 2020

Zorgvisie. Waarom de GGD'en operationele slagkracht missen. 17 augustus 2020.

Zorgvuldig Advies. Ongelijkheid in de publieke gezondheidszorg? Een eerste inventarisatie van verschillen tussen GGD'en. Juli 2022

Zwart de O., Britt A. Versterking van de publieke gezondheid. Advies over het belang van een sterke publieke gezondheid en gezondheidsbevordering. En geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie. VJI, Verwey Jonker Instituut, Utrecht, juni 2021

Adviesvoorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit Bas Leerink (raadslid en commissievoorzitter), Marleen Kraaij-Dirkzwager (raadslid), Jan Kremer (raadslid), Marina de Lint, Aletta Winsemius en Leo Ottes (senior-adviseurs).

Geraadpleegde deskundigen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd. Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd.

Bijeenkomsten 25 februari & 4 maart 2022

Mary Bezuijen	programmamanager SamenLeven Werkorganisatie De Buch
Hinde Dijkhuis	concernstrateeg gemeente Lelystad
Gerben Hagenaars	directeur gemeente Den Haag
Korrie Louwes	algemeen directeur OCW gemeente Den Haag
Frans Swinkels	directeur gemeente Tilburg
Sandra Taks	Socratax
Djoerd de Vos	directeur gemeente Enschede

Bijeenkomst 9 maart 2022

Ton Coenen	algemeen directeur GGD GHOR Nederland
Jacqueline de Vries	jeugdverpleegkundige
Carla Derijck	directeur KAMG
Patrick Ernst	bestuurder ROS Robuust
Patricia Heijdenrijk	directeur Pharos
René Héman	voorzitter KNMG
Nienke Kuyenhoven	adjunct directeur Sociaal Werk Nederland
Karin Oudshoorn	teamleider infectieziektebestrijding
Thomas Plochg	directeur Federatie voor Gezondheid
Menno Reijneveld	hoogleraar sociale geneeskunde/afdelingshoofd UMCG
Maurice van den Bosch	voorzitter Raad van Bestuur OLVG
Koos van der Velden	emeritus hoogleraar Radboudumc
Fimke Wiersma	bestuurder ROS Elaa
Jan Binnenmars	

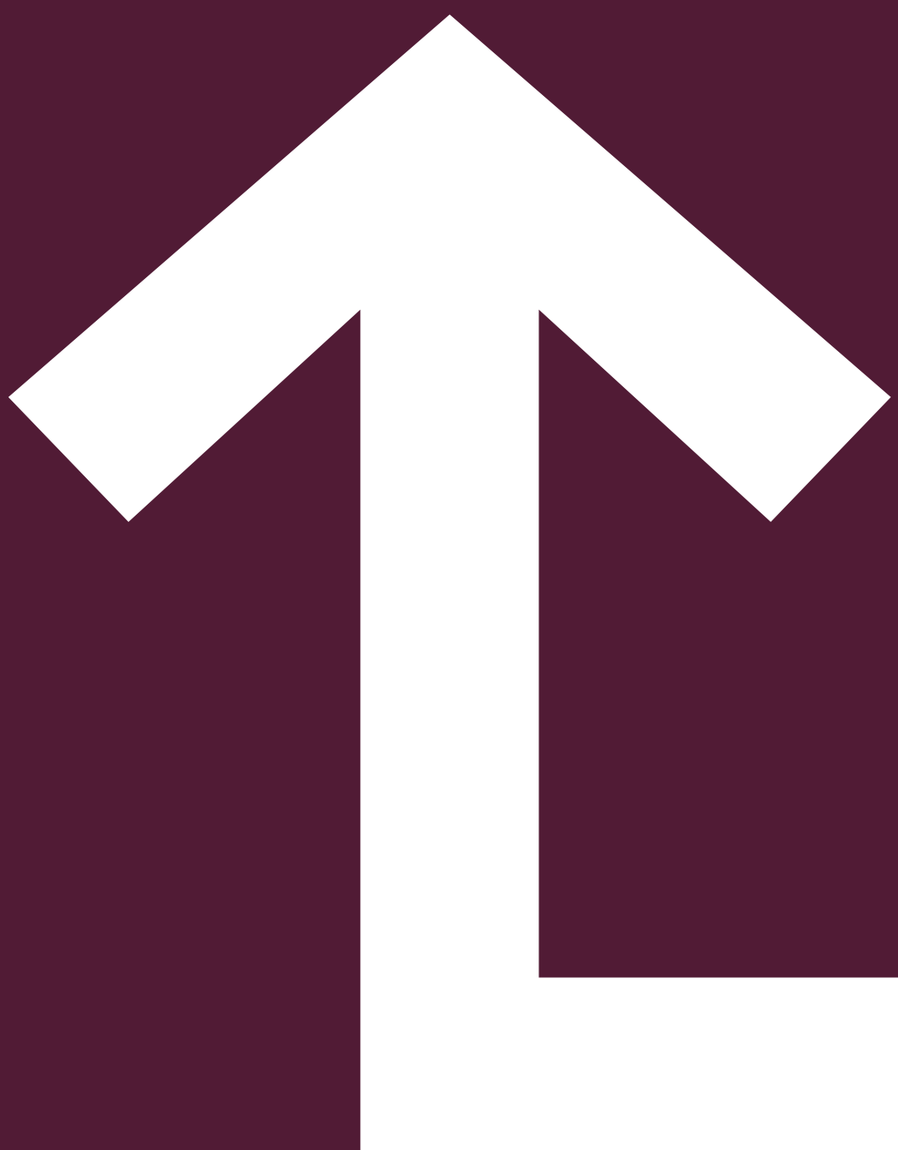
Bijeenkomst 23 maart 2022

Pim Assendelft	hoogleraar Preventie in de zorg RadboudUMC
Lex Burdorf	
Onno de Zwart	algemeen directeur/voorzitter Raad van Bestuur Verwey Jonker Instituut
Eddy Houwaart	em. Hoogleraar Medische Geschiedenis Universiteit Maastricht
Daniëlle Jansen	Aletta Jacobs School of Public Health Groningen
Jochen Mierau	Aletta Jacobs School of Public Health Groningen
Hugo Peeters	PhD Preventie Geboortezorg ErasmusMC
Leontien Peeters	country director Bernard van Leer Foundation
Simon van der Pol	Aletta Jacobs School of Public Health Groningen
Sabrina Rahmawan-Huizenga	PhD kandidaat Erasmus MC
Karien Stroinks	hoogleraar Amsterdam UMC
Dike van de Mheen	hoogleraar Tranzo, Tilburg
Michael van den Berg	policy analist OECD
Roos van Lammeren	promovenda LUMC/Gezond en Gelukkig Den Haag

Overige geraadpleegde personen

André Rouvoet	voorzitter GGD GHOR Nederland
Wim Kuijken	voormalig Deltacommissaris
José Manshanden*	DPG/directeur GGD Amsterdam
Annette de Boer*	DPG Haaglanden
Elly Dekker*	senior adviseur Gezondheid VNG
Ciska Stom*	GGD GHOR Nederland
Anja Koornstra*	NSPOH
Karine van ’t Land*	arts M+G universiteit Groningen

De met een * aangemerkte personen hebben op verzoek van de commissie die het advies van de Raad heeft voorbereid schriftelijk gereageerd op een concept versie.



Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2594 AV Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

@raadRVS