

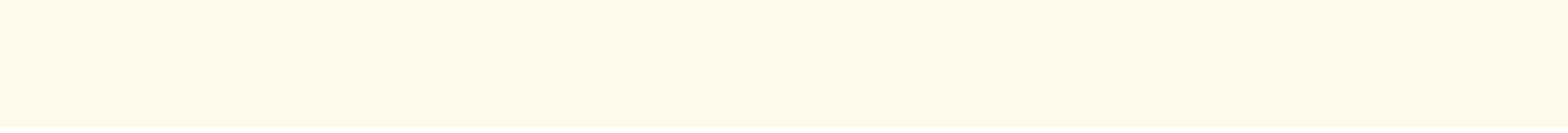


# NU INVESTEREN IN DE GGD

RAPPORT OVER DE TOEKOMST  
VAN GGD'EN IN NEDERLAND

**SP** 



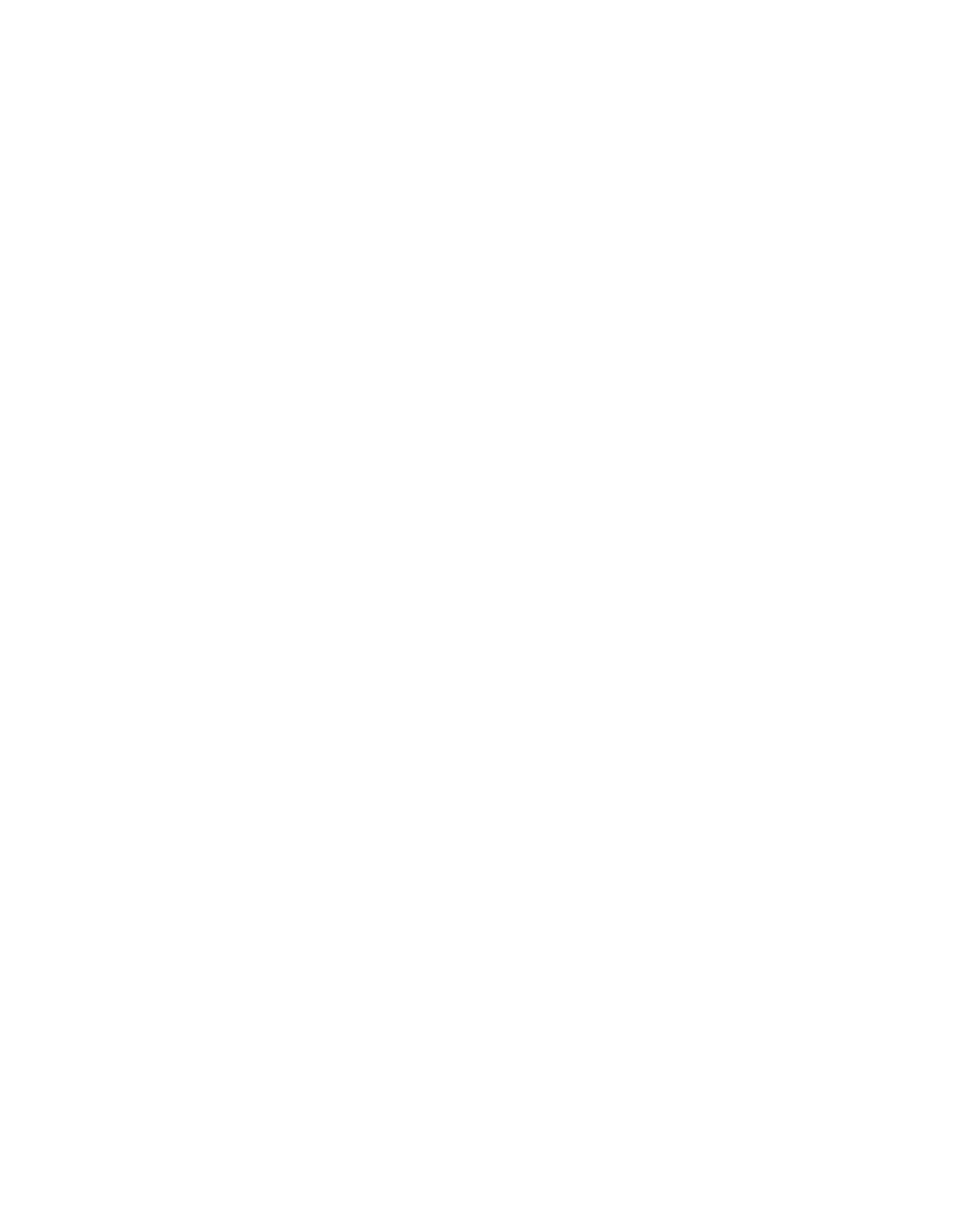
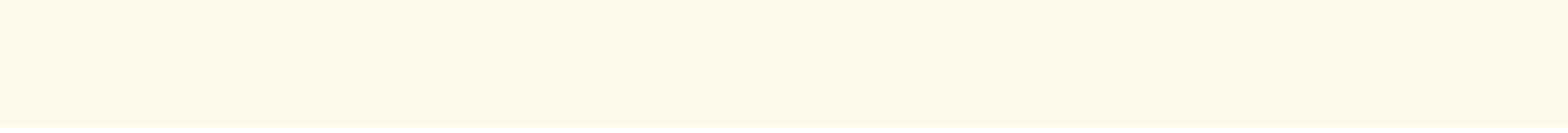


# **NU INVESTEREN IN DE GGD**

**RAPPORT OVER DE TOEKOMST  
VAN GGD'EN IN NEDERLAND**

Henk van Gerven, Tweede Kamerlid SP en oud-huisarts  
Femke Post, beleidsmedewerker Zorg, SP-fractie Tweede Kamer

Den Haag, november 2020



## VOORWOORD

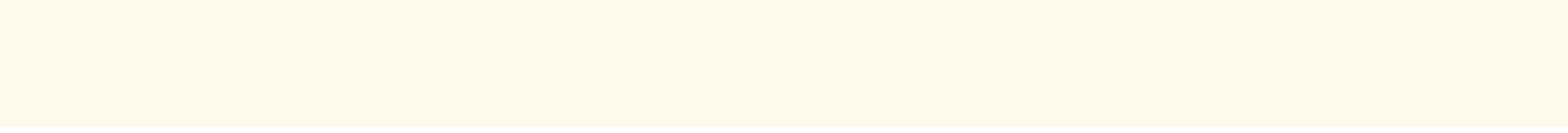
De coronacrisis heeft ons allemaal laten zien hoe belangrijk de GGD voor de samenleving is. Maar het heeft ook laten zien hoe beperkt de mogelijkheden van de GGD zijn door jarenlange verwaarlozing door opeenvolgende kabinetten. We kunnen constateren dat de GGD daardoor niet of nauwelijks opgewassen is tegen de belangrijke taak die ze heeft op het gebied van infectie preventie.

Dit rapport brengt de ontwikkelingen van de GGD van de afgelopen decennia in beeld. Het begrijpen en kennen van het verleden is belangrijk voor de oplossingen voor de toekomst. De publieke gezondheidszorg is jarenlang verwaarloosd. Met groeiende gezondheidsverschillen tussen arm en rijk als gevolg.

Al decennialang is er de roep om meer te investeren in preventie om ongezondheid te voorkomen. Laten we de coronacrisis aangrijpen om dit ook echt te gaan doen. Daar hoort een centrale rol voor de GGD bij, aangestuurd door de overheid. Ook voldoende structurele financiering mag niet ontbreken.

Onze gezondheid is veel te belangrijk om te verwaarlozen.

Lilian Marijnissen  
fractievoorzitter voor de SP in de Tweede Kamer.

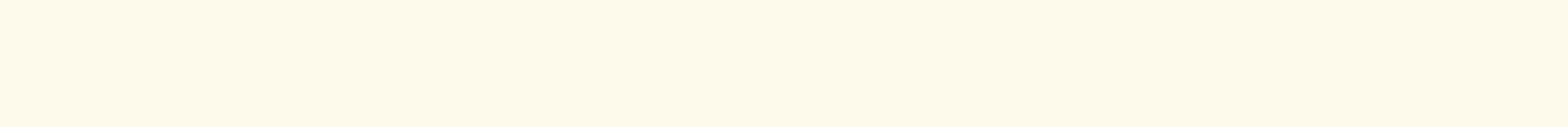


## SAMENVATTING

Dit rapport schetst een beeld van de wettelijke taak publieke gezondheid van Rijk en gemeenten en dan specifiek de functie van de GGD'en. De coronacrisis laat zien welke cruciale rol deze spelen. Ingegaan wordt op hun huidige rol en de ontwikkelingen over de afgelopen jaren, om op basis van dit beeld een aantal aanbevelingen te doen voor de toekomst.

Duidelijk is dat de GGD'en veel verschillende taken hebben en er de afgelopen jaren verschillende taken bij hebben gekregen, terwijl ze moesten werken met te weinig personeel en te lage budgetten. De norm wordt op verschillende functies al jarenlang niet gehaald. Jarenlang is onvoldoende gedaan met signalen dat het fout ging. Aangezien de slagkracht van de GGD'en dringend versterkt moet worden, zowel om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan te pakken als om in geval van een volgende crisis er wel klaar voor te zijn, doen we een dertiental aanbevelingen.

1. Stel een landelijke crisisinfrastructuur in, formeel een crisisteam bij het RIVM met een flexibele schil.
2. Stop met het bezuinigen op GGD'en en kies voor investeringen.
3. Organiseer de financiering van GGD'en landelijk en langdurig en investeer ruim meer dan op dit moment gebeurt.
4. Zorg voor voldoende capaciteit bij de GGD'en ten aanzien van infectieziektebestrijding en medische milieukunde zorg, technische hygiënezorg, gezondheidsbevordering, prenatale voorlichting aan aanstaande ouders, ouderenzorg, ggz en forensische geneeskunde: stel actuele normen vast en voldoe hieraan.
5. Zorg voor een vervolg op het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid.
6. Leg de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor taken in de Wet publieke gezondheid bij de minister, maak helder wat wordt verstaan onder bestuurlijke verantwoordelijkheid en realiseer een sterke rol voor de Directeur Publieke Gezondheid in de regio.
7. Combineer de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning met een actualisering van het onderzoek GGD in beeld.
8. Formuleer in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) concrete preventie-doelen die moeten worden gerealiseerd, en koppel daar de resultaten aan die de GGD'en moeten realiseren. Maak de GGD'en afrekenbaar op basis van behaalde resultaten.
9. Benchmark de GGD'en, waarbij minder goed presterende GGD'en mogelijkheden en budget krijgen om te leren van goed presterende GGD'en.
10. Toets wetten en voorstellen standaard op de gevolgen voor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
11. Stel een landelijk basispakket preventie vast en maak gezondheidsbevordering tot een wettelijke uitvoeringstaak van de GGD.
12. Geef de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg weer een plek in de Wet publieke gezondheid, zodat GGD'en projecten ten aanzien van burgers met verward gedrag structureel kunnen ondersteunen.
13. Leg wettelijk vast dat de Jeugdgezondheidszorg door de GGD'en wordt uitgevoerd. Voeg daarnaast aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe die de laatste jaren zijn ontwikkeld en in slechts een deel van de gemeenten worden aangeboden.<sup>1,2</sup>





# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord **5**

Samenvatting **7**

Inleiding **11**

Coronacrisis, een wake-upcall **13**

Historische ontwikkeling **15**

GGD **17**

Financieringsstromen **23**

Personeel **29**

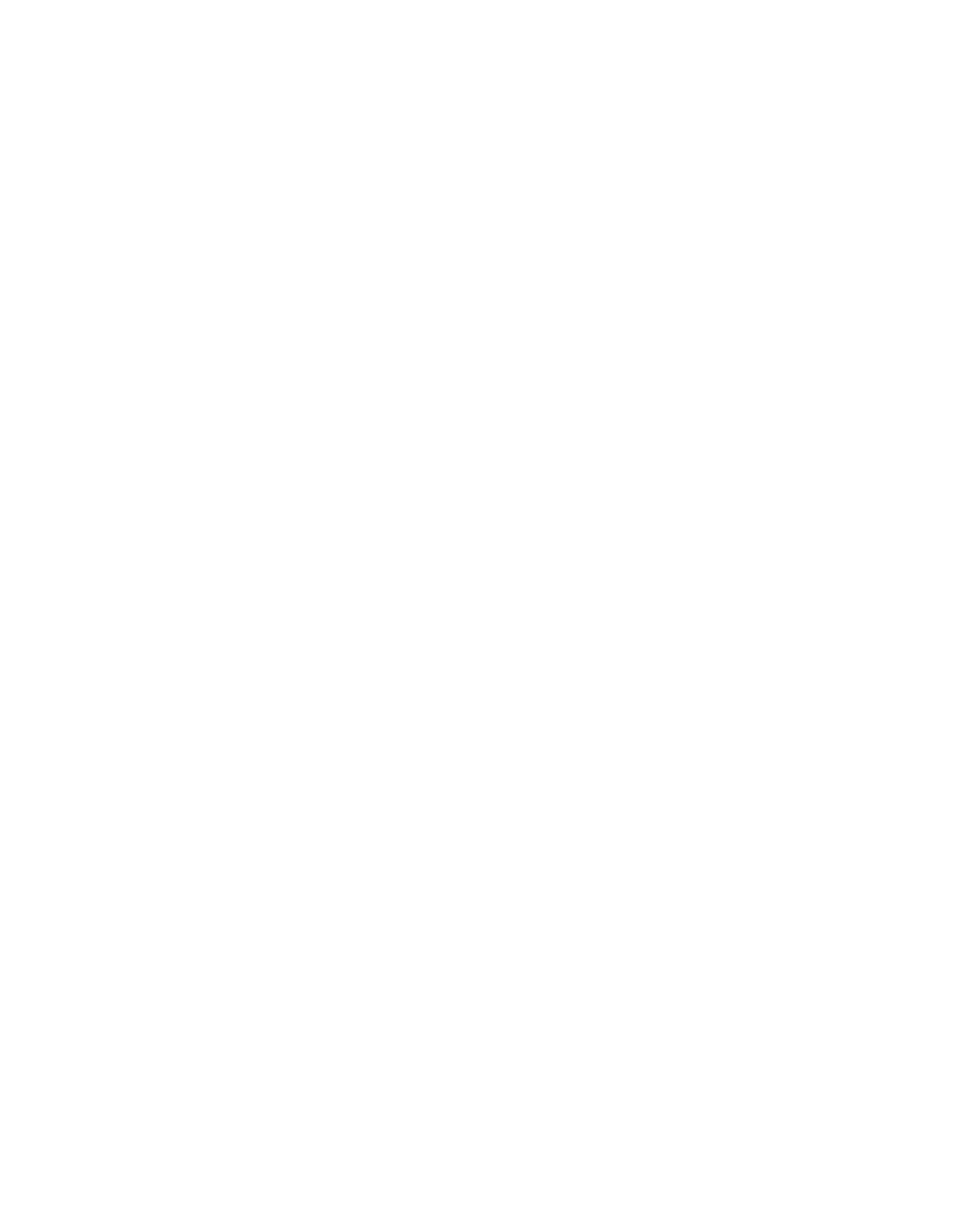
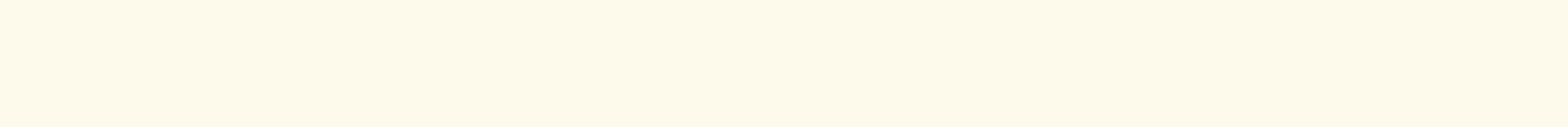
Toezicht **37**

Landelijke evaluatie: gebrek aan inzicht **39**

Conclusies en aanbevelingen **43**

Bijlage 1: Uitwerking van de vier pijlers **47**

Eindnoten **49**



## INLEIDING

Begin 2020 werd COVID-19 in Nederland geconstateerd. Een crisis die, sinds de Tweede Wereldoorlog, haar gelijke niet kent. De afgelopen maanden hebben veel van Nederland gevraagd en dat zal nog lange tijd het geval zijn. Een essentiële rol in de aanpak van COVID-19 wordt gespeeld door de GGD'en, vooral als het gaat om het bron- en contactonderzoek. Ook spelen deze een grote rol in het testbeleid, terwijl dit volgens de Wet publieke gezondheid geen taak van de GGD'en is. Normaliter zijn de GGD'en al duizendpoten. Maar nu rust er een heel grote verantwoordelijkheid op de schouders van de GGD'en.<sup>3</sup> Een snelle en enorme opschaling wordt van hen gevraagd, iets waar ze geen ervaring mee hebben.<sup>4</sup> Steeds duidelijker wordt dat de GGD'en onvoldoende zijn toegerust om te voldoen aan de grote druk die op hen gelegd wordt. Dat er een ramp moest gebeuren voordat er aandacht zou komen voor de GGD, werd in 2016 al opgemerkt.<sup>5</sup> Duidelijk is ook dat de afbraak van de GGD'en al jarenlang speelt en al bijna even lang wordt gesignaleerd en geagendeerd. Zeker als het gaat om infectieziektebestrijding, maar het geldt ook voor andere taken die tijdens een pandemie cruciaal zijn, zoals medische milieukunde (ventilatieproblemen in het onderwijs) en technische hygiënezorg. Uit onderzoeken (zie verderop) bleek dat de capaciteit onder de (veld)normen daalde (bij bijvoorbeeld infectieziektenartsen, infectieziektenverpleegkundigen en epidemiologen) en dat de bestrijding van infectieziekten kwetsbaar was. Helaas is preventie geen sexy onderwerp in de politiek. De Tweede Kamer heeft de jarenlange bezuinigingen op de GGD'en toegelaten. Nu opeens is er aandacht. Dat is incidentenpolitiek van de Kamer.<sup>6</sup> Er moet echter structureel actie worden ondernomen.

Ook gezondheidsbevordering is heel belangrijk gebleken bij de pandemie. Bijvoorbeeld met jongeren en scholen in gesprek gaan om te horen wat zij vinden en ze allerlei zaken uit te leggen. Bij de GGD Gelderland-Midden is de hele afdeling gezondheidsbevordering de afgelopen jaren wegbezuinigd. Dus toen bleek dat communicatie met jongeren/studenten en scholen verbeterd moest worden, waren er bij de GGD geen mensen die hiermee aan de slag konden.

Al jarenlang pleit de SP voor meer aandacht voor (infectieziekten)preventie en een verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.<sup>78</sup> Al jaren worden de GGD'en financieel uitgeknepen en als we kijken naar de toekomst kunnen we niet tevreden zijn. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (het CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (het RIVM) zijn in het trendscenario tot 2040 niet optimistisch.<sup>9</sup> Bij ongewijzigd beleid nemen de verschillen eerder toe: naar verhouding zullen er meer praktisch opgeleiden zijn die zich minder gezond voelen, ernstig overgewicht hebben en/of roken. Aandacht voor preventie blijft dus zeer belangrijk, tegelijkertijd wordt slechts circa 3% van de zorgbegroting besteed aan preventie.<sup>101112</sup> De GGD'en vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten en in Den Haag wordt de stem van de GGD (tot op heden) nauwelijks gehoord. Wij hopen dat het voor u liggende rapport de lezer overtuigt van het belang van de GGD'en en duidelijk maakt waarvoor ze op aard zijn. Daarnaast zal na het lezen van het rapport hopelijk duidelijk zijn dat een structurele extra investering nodig is om de kaalslag van de afgelopen jaren teniet te doen.



## CORONACRISIS, EEN WAKE-UPCALL

In juni jl. verscheen een artikel van de Groene met als titel 'De ja-knikkers van Hugo'.<sup>13</sup> Het artikel beschrijft duidelijk de druk die de huidige corona-crisis op de GGD'en legt, bijvoorbeeld met betrekking tot hun belangrijke rol in het bron- en contactonderzoek. Deze druk legt de jarenlange kaalslag op de GGD'en bloot. In deze maand werd geschat dat de GGD'en misschien wel honderden tot duizend mensen extra nodig hadden.<sup>14</sup>

In het artikel 'De ja-knikkers van Hugo' wordt een aantal belangrijke conclusies getrokken.<sup>15</sup>

- Nederland heeft geen landelijke crisisinfrastructuur, terwijl de Raad van State al in 2009 daarvoor waarschuwde.
- De aansturing van de minister zou te laat komen, onduidelijk zijn en zelfs volkomen onrealistisch zijn.
- De GGD'en zouden de afgelopen tijd getroffen zijn door zware bezuinigingen. Gemeenten zouden niet anders kunnen dan korten op de GGD, anders moeten bijvoorbeeld het zwembad of de bibliotheek eraan geloven.
- Ook hebben de GGD'en geen landelijke voorman.

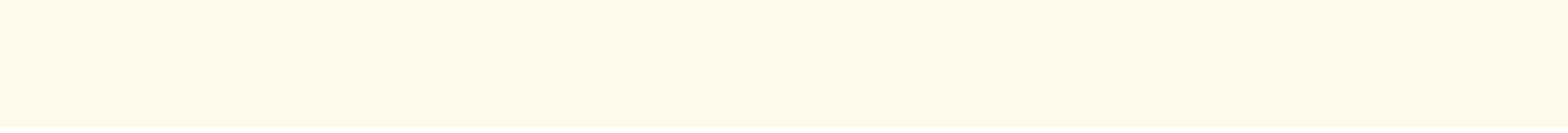
### ER IS SPRAKE VAN FINANCIËLE KWETSBAARHEID.

De kaalslag op de GGD begon in de jaren tachtig, toen CDA-minister Elco Brinkman de gemeenten verantwoordelijk maakte voor de GGD'en. Een verdere bezuiniging volgde in 2008, toen GGD'en door een wetswijziging meer taken kregen voor het bestrijden van landelijke infectieziekten, maar daar geen extra geld voor ontvingen. De Raad van State was erg kritisch en noemde het een 'sigaar uit eigen doos' en waarschuwde dat de regio 'niet de meest aangewezen plaats' is om landelijke uitbraken van infectieziekten op te lossen. Toenmalig minister Ab Klink, zijn opvolger Edith Schippers en andere opvolgers deden niets met die kritiek en pandemiebestrijding kwam in de regio te liggen.<sup>16</sup> In combinatie met oplopende financiële tekorten van gemeenten leidde dat tot verdere stapsgewijze bezuinigingen op de GGD. De huidige financiële situatie van de GGD is kwetsbaar en kan niet meer adequaat inspelen op ontwikkelingen op het gebied van publieke gezondheid.

Bezuinigen op GGD'en door gemeenten gebeurt vaak in de vorm van een kerntakendiscussie. Maar omdat in de Wet publieke gezondheid wel taken staan en geen normen en het Rijk vanuit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) de gemeenten niet beoordeelt op preventiedoelen was de uitkomst van de kerntakendiscussie vaak dat op GGD-budget werd gekort.

In 2016 beschreef minister Schippers in een brief dat 'het rapport van GGD GHOR Nederland een signaal is dat de uitvoering van de kerntaken van de GGD'en in Nederland kwetsbaar, en mogelijk te kwetsbaar, is'. Naar aanleiding van deze constatering werden verschillende onderzoeken gestart.<sup>17</sup> In juni 2016 is te lezen dat op pijler 1 de capaciteit van GGD'en wordt versterkt om het lokale bestuur te adviseren. Zo wordt een consortium van Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid opgericht onder leiding van het RIVM (overigens met een budget dat gaandeweg aanmerkelijk is verlaagd). Voor de pijlers 2 en 3 zullen de resultaten van het IGZ-onderzoek duidelijk maken waar versterking nodig is en voor pijler 4 worden expertbijeenkomsten georganiseerd. Voor alle vier de pijlers worden veldnormen ontwikkeld (wat tot op heden echter niet is gebeurd) en er zal aandacht zijn voor de instroom in de opleidingen Artsen Maatschappij en Gezondheid.<sup>18</sup> Deze acties hebben er echter niet toe geleid dat de GGD'en klaar waren voor de corona-crisis.





# HISTORISCHE ONTWIKKELING

## DE GESCHIEDENIS

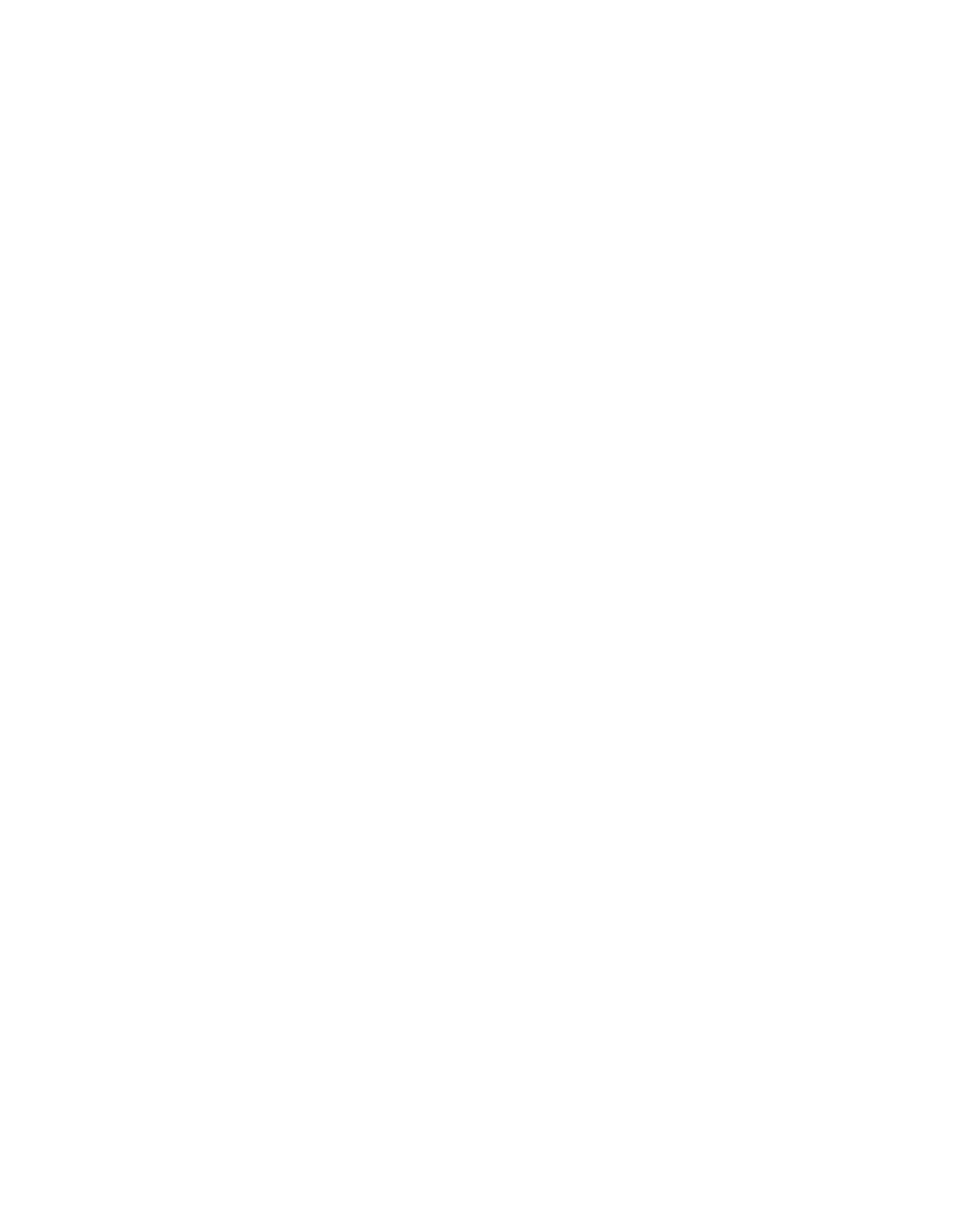
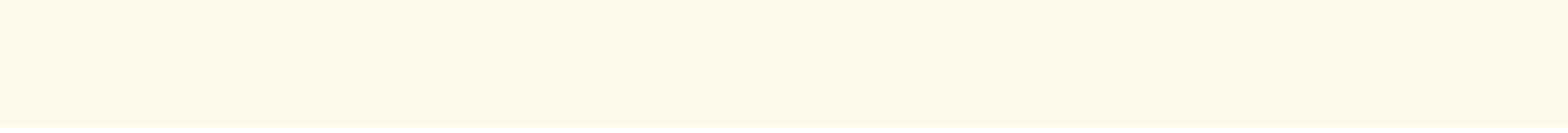
Hoewel het domein van de GGD'en altijd een normatieve of ideologische component heeft gehad, heeft het ontstaan vooral een pragmatische oorzaak.<sup>19</sup> De geschiedenis van de GGD'en gaat terug tot eind 19e eeuw. Door epidemieën stierven vele mensen. 'Hygiënist' drongen bij de stadsbesturen aan op de inrichting van stedelijke bureaus voor de volksgezondheid. Voorlichting over hygiënische maatregelen droeg bij tot verbetering van de gezondheidstoestand. De stedelijke bureaus voor de volksgezondheid groeiden in de twintigste eeuw uit tot geneeskundige en gezondheidsdiensten, de GG&GD'en. Tegenwoordig werken deze diensten regionaal en heten ze GGD'en.<sup>20</sup>

### Den Haag

De GG&GD in Den Haag begon op 1 maart 1912 met zijn werkzaamheden en had bij aanvang 13 personeelsleden. De taken bestonden uit het voorzien in eerste hulp bij ongevallen, plotseling opkomende ernstige ziekten en bij alle gevallen waarbij direct medische hulp nodig kan zijn; het uitoefenen van geneeskundig toezicht op de ambtenaren, beambten en werklieden van de gemeente. Al snel werden deze taken uitgebreid met de geneeskundige armenzorg (1913) en de keuring en ziektecontrole van onderwijzend personeel (1917). In 1928 besloot de gemeenteraad tot het samenvoegen van de GGD en de Gemeentelijke Schoolartsendienst. In 1929 besloot de gemeenteraad om de Gemeentelijke Ontsmettingsdienst aan de GG&GD toe te voegen. De afdeling Geestes- en Zenuwzieken, later Geestelijke Volksgezondheid genaamd, werd in 1937 opgericht en belast met het onderzoek van en het toezicht op in bewaring te stellen krankzinnigen. In 1956 werd het Medisch Maatschappelijke Werk opgericht als onderafdeling van de afdeling Geneeskundige Dienst, en het werd een zelfstandige afdeling in september 1958.<sup>21</sup>

### Amsterdam

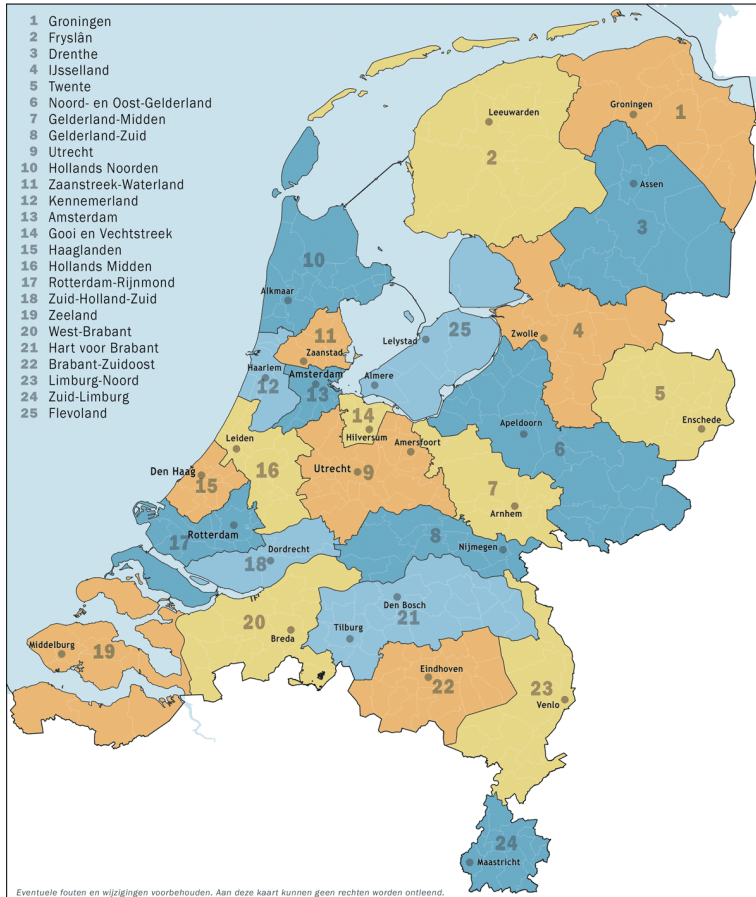
De GGD Amsterdam is de oudste en de grootste gezondheidsdienst van Nederland. Voordat de Geneeskundige Dienst werd opgericht in 1901 bestond er al een Gezondheidsdienst. In 1893 besloot de gemeenteraad dat het college voor de keuring van voedingsmiddelen, de ontsmettingsdienst en alle andere gemeentelijke bezigheden op het gebied van de openbare hygiëne zouden worden ondergebracht bij de nieuwe Gemeentelijke Gezondheidsdienst. In 1900 werd door het bestuur van Amsterdam het besluit genomen om een nieuwe dienst op te richten, die de belangen van de volksgezondheid en de geneeskundige verzorging in de stad zou behartigen. Het aantal werkzaamheden van de Geneeskundige Dienst groeide gestaag. Bijvoorbeeld de zuigelingenverzorging (1903), het houden van toezicht op de gezondheidstoestand op scholen (1907) en de oprichting van een eerstehulpdienst (1908). Het gevolg was dat ook het personeelsbestand steeds verder uitbreidde. Werkten er in 1903 nog slechts 63 mensen bij de Dienst, in 1924 waren dit er al 550. In 1923 werd de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst samengevoegd met de Gemeentelijke Gezondheidsdienst.<sup>22</sup>



## GGD

Er zijn 25 GGD'en in Nederland (in 2013 waren dat er nog 28). Een GGD werkt meestal voor verschillende gemeenten. Het inwonersaantal van de gemeente waarvoor één GGD werkt varieert zeer, van circa 250.000 tot ruim 1.3 miljoen.<sup>23,24</sup>

### 25 GGD-regio's (2019)



## TAKEN

Op dit moment hebben de GGD'en een belangrijke taak in het bron- en contactonderzoek. Deze taak vloeit voort uit de (wettelijke) taken die de GGD'en hebben. De (medisch georiënteerde) wettelijke taken van de GGD'en vallen binnen vier pijlers, zoals benoemd door VWS en zoals vastgelegd in de Wpg.<sup>25</sup>

De vier pijlers zijn<sup>26,27</sup>

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

De aanpak van en de betrokken partijen bij de meer maatschappelijk georiënteerde taken verschilt per gemeente.<sup>28</sup> De invulling van de verschillende taken is mede-afhankelijk van de keuzes die gemeenten maken. Taken zijn bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en 'schoolarts'), openbare geestelijke gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en leefstijl, publieke gezondheidszorg asielzoekers, medische milieukunde en forensische geneeskunde.<sup>29</sup> De keuzes die de gemeente maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente

volgens artikel 13 van de Wpg binnen twee jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid opstelt.<sup>30</sup> Overige taken die sommige GGD'en oppakken zijn ambulancezorg en reizigersvaccinatie en –advisering.<sup>31</sup> Het takenpakket dat de GGD voor de gemeenten uitvoert is breed en voortdurend in ontwikkeling.

Met de overheveling van rijkstaken naar de gemeenten is het takenpakket van de GGD'en flink uitgebreid. Over het algemeen hebben de GGD'en van de grote steden het grootste takenpakket.<sup>32</sup>

Overigens, de coronacrisis heeft laten zien dat het erg handig is dat GGD'en de jeugdgezondheidszorgtaak uitvoeren. In het begin van de crisis konden GGD'en die deze taak uitvoeren meteen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen inzetten. Uiteraard werden stap voor stap deze taken overgenomen door nieuwe mensen, zodat ze jeugdgezondheidszorgtaken weer konden oppakken en ondersteund door infectieziekten-artsen/verpleegkundigen de scholen en ouders konden adviseren. Voor andere GGD'en was het lastiger, een argument voor de eenvormigheid dat deze taak door GGD'en wordt uitgevoerd.

### HOE WORDEN TAKEN WETTELIJK BELEGD?

Taken kunnen officieel op drie manieren belegd worden bij de GGD. (1) Via het Rijk direct belegd bij de GGD. (2) Taken die het Rijk via de gemeente bij de GGD belegt. (3) Taken die gemeenten los van het Rijk bij de GGD beleggen.<sup>33</sup> Als het gaat om de zorg voor asielzoekers (een taak die niet wettelijk bij de GGD is belegd) wordt de financiering hiervan door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) geregeld via een contract met de zorgverzekeraars.

De basis van de wijze van functioneren en daaraan gerelateerd de aansturing van een GGD ligt in de Gemeenschappelijke Regeling (GR). Het wettelijk kader voor de GR is de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr<sup>34</sup>) en de Wet publieke gezondheid, die is samengesteld uit de voormalige Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet.<sup>34</sup> De Wet publieke gezondheid (Wpg<sup>35</sup>) en het bijbehorende besluit beschrijven de organisatie van de publieke gezondheidszorg. De Wpg schrijft voor dat er een gemeentelijke gezondheidsdienst wordt ingesteld en welke taken de gemeenten verplicht aan de GGD moeten toewijzen.

### Twee voorbeelden

Gemeenten mogen bij jeugdgezondheidszorg zelf de keuze maken voor de GGD of een andere uitvoerder. Begin 2016 laten 228 gemeenten de zorg voor 0- tot 18-jarigen door de GGD uitvoeren. In 116 gemeenten neemt de GGD de zorg voor 4- tot 12-jarigen op zich. Slechts 49 gemeenten hebben de jeugdgezondheidszorg volledig elders ondergebracht.<sup>36</sup>

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), tot 2007 expliciet onderdeel van de wettelijke regelingen voor publieke gezondheid, is geen verplichte GGD-taak en de belegging van deze functie is vaak historisch gegroeid. De OGGZ is namelijk uit de Wpg gehaald. Wel hebben 23 van de 25 GGD'en een sociaal-medische meldfunctie. Op dit moment wordt er gesproken over een mogelijke rolversterking bij de opvang en triage van verwarde personen.<sup>37</sup> Nadat de OGGZ uit de Wpg is gehaald, is deze in eerste instantie in de Wmo geplaatst, maar staat daar inmiddels ook niet meer in. Desondanks hebben gemeenten wel een taak gekregen ten aanzien van burgers met verward gedrag.

### WELKE POSITIE HEBBEN DE GGD'EN IN DE VERSCHILLENDE GEMEENTEN?

Uit een analyse van het lokaal gezondheidsbeleid blijkt dat gemeenten werk maken van hun wettelijke taakopdracht, en dat 2/3 van de responsgemeenten beschikt over een (actuele) gezondheidsnota, vastgesteld door de gemeenteraad. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat de GGD bij zowel gezondheidsbevordering, sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), jeugd als ouderen de meest genoemde stakeholder is.<sup>38</sup>

De GGD'en zijn organisatorisch verschillend georganiseerd in de diverse gemeenten. Deze organisatie kan effect hebben op het budget en de formatie. Er zijn op hoofdlijnen drie categorieën te onderscheiden.

1. GGD ondergebracht bij de gemeente
2. GGD als zelfstandige organisatie
3. GGD in een samenwerkingsverband

Bij bijvoorbeeld GGD'en die zijn ondergebracht bij een gemeente worden overheadfuncties (grotendeels) verzorgd door de gemeente en doorbelast aan de GGD.<sup>39</sup> De GGD moet worden aangestuurd door een Directeur Publieke Gezondheid. Een functie die sinds 1-1-2012 wettelijk geborgd is.<sup>40</sup>



### **MET WELKE PARTIJEN WORDT SAMENGEWERKT?**

Samenwerkingspartijen verschillen per taak en per GGD. Onder andere wordt samengewerkt met het RIVM, het loket gezond leven, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, ZonMw, Pharos, Voedingscentrum, universiteiten, andere gemeenten, NVWA, laboratoria, huisartsen, ziekenhuizen, veterinaire artsen, KNCV, Tuberculosefonds, SOA-aids Nederland, Rutgers WPF, COC, COA, ROAZ en nog veel meer.

### **DIRECTEUR PUBLIEKE GEZONDHEID**

Alle GGD'en hebben een Directeur Publieke Gezondheid (DPG), die samen weer de kern vormen van de landelijke koepel GGD GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). Die koepel moet paraat staan bij uitbraken van rampen of (gezondheids)crises. Sinds de uitbraak van corona is de bekendste DPG Sjaak de Gouw, chef van de GGD Hollands Midden.<sup>41</sup> De rol van DPG is in 2012 in de Wpg opgenomen maar tot op heden heeft deze niet echt invulling van zijn autoriteit gekregen.

### **Inzet VWS**

De publieke gezondheid in het algemeen, en de GGD daarbinnen, heeft de afgelopen jaren beperkte, maar wel enige aandacht gehad van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### **Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheidszorg**

Staatssecretaris Van Rijn en minister Schippers schreven een visie op publieke gezondheid.<sup>42</sup> Het bleek dat:

1. niet eenvoudig helder te krijgen is wat wordt gedaan aan monitoring, signalering, advisering, gezondheidsbescherming, crisisbeheersing en toezicht;
2. het onduidelijk is op basis van welke indicatoren bestuurders sturen op publieke gezondheidszorg;
3. er behoefte is om nader uit te werken hoe partijen de verbinding zien tussen publieke gezondheidszorg en de taken van de gemeenten in het sociaal domein.

Met de Kamerbrief van 2014 bevestigt de minister van VWS de stelselverantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg. Zij geeft hierbij echter niet aan wat die stelselverantwoordelijkheid inhoudt. Bij jeugdgezondheidszorg houdt deze verantwoordelijkheid in dat VWS het basistakenpakket vaststelt, bij infectieziekten is ook een en ander geregeld, maar bij andere taken ontbreekt de stelselverantwoordelijkheid volledig.

In 2014 wordt een Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheidszorg aangekondigd. Dit programma kreeg drie doelen:

1. meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid;
2. de vier GGD-pijlers inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken;
3. de GGD positioneren in het sociaal domein.

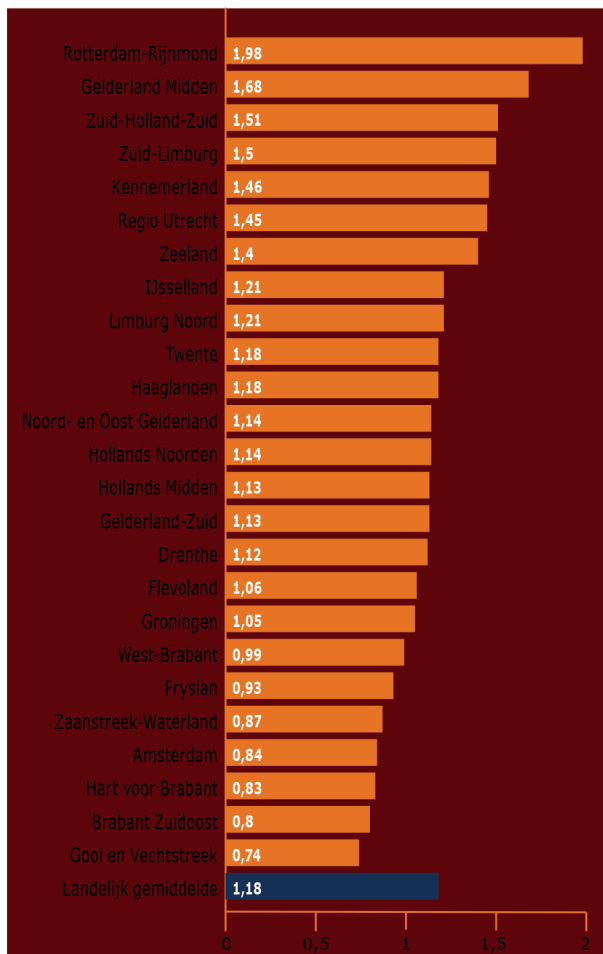
Het rapport 'Publieke gezondheid borgen' is een eerste 'foto' van een deel van de taken die de GGD'en uitvoeren.<sup>43,44</sup> Het stimuleringsprogramma liep tot in 2017. Geconcludeerd werd dat 'het stimuleringsprogramma heeft geleerd dat de uitvoering van taken momenteel op orde is en dat een toekomstbestendig stelsel van publieke gezondheid gebaat is bij bestuurlijk partnerschap tussen Rijk en gemeenten. Uit de onderzoeken is gebleken dat alle GGD'en de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de taken die onder de vier pijlers vallen goed kunnen uitvoeren. Ook zijn de GGD'en goed ingericht op veranderende omstandigheden en innovatie, hanteren gemeenten een brede benadering van preventief gezondheidsbeleid en wordt dit steeds meer een integraal onderdeel van het sociaal domein.' In de brief wordt geconcludeerd 'dat het programma heeft laten zien dat het stelsel van de publieke gezondheid, zowel op landelijk als lokaal niveau op orde is'.<sup>45,46</sup>

### **Indicatorenset**

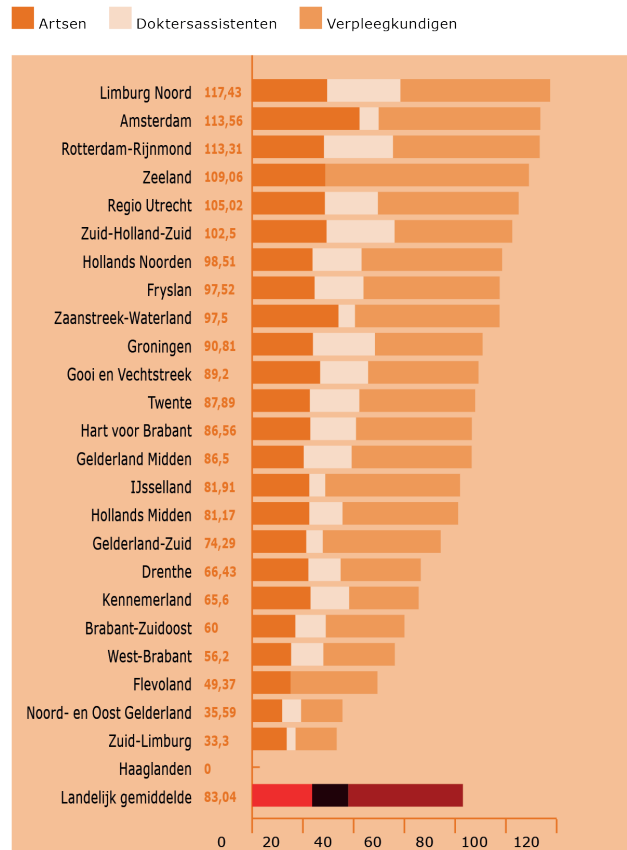
Binnen het Stimuleringsprogramma Publieke gezondheid is een indicatorenset<sup>47</sup> ontwikkeld voor het stelsel van publieke gezondheidszorg en daarmee het meten van het functioneren van het stelsel publieke gezondheidszorg. Bij een aantal indicatoren was een eerste kwantitatieve invulling mogelijk. In 2017 is een benchmark voor de GGD'en uitgevoerd, in deze benchmark zijn verschillende indicatoren meegenomen:

- Infectieziektebestrijding: aantal fte per 100.000 inwoners: het gemiddelde aantal fte infectieziektenbestrijding per 100.000 inwoners is 1,18 fte.
- Medische Milieukunde: aantal fte Medische Milieukundigen per 100.000 inwoners: gemiddeld 0,41 fte. Er is geen norm voor het aantal fte dat nodig is in een regio.
- Jeugdgezondheidszorg: som van het aantal fte JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-doktersassistenten per 100.000 jeugdigen. Gemiddeld hebben de GGD'en 45,21 fte verpleegkundigen in dienst, 23,63 fte artsen en 14,20 fte doktersassistenten.
- Gezondheidsbevordering: Budget voor gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners: het gemiddelde is €114.829,25. Aantal fte gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners: het gemiddelde is 1,33 fte
- Hygiënezorg: beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg per 100.000 inwoners (exclusief formatie kinderopvang) is gemiddeld 0,29 fte. Het aantal fte van de hygiënezorg is onder andere afhankelijk van de aanwezigheid van scheepvaart of asielzoekerscentra.
- Epidemiologie: het aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied: gemiddeld hebben GGD'en 0,72 fte epidemiologie per 100.000 inwoners in dienst. Er is geen norm vastgesteld voor het aantal fte epidemiologie per GGD.<sup>48</sup>

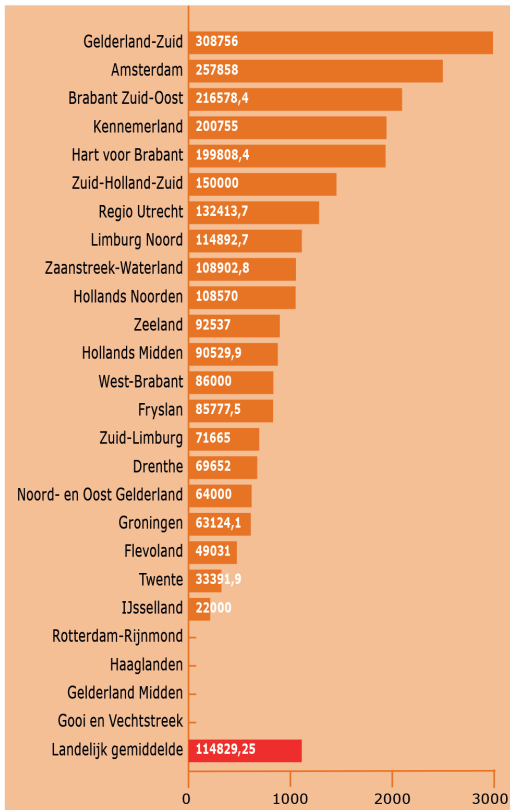
## Infectieziektebestrijding



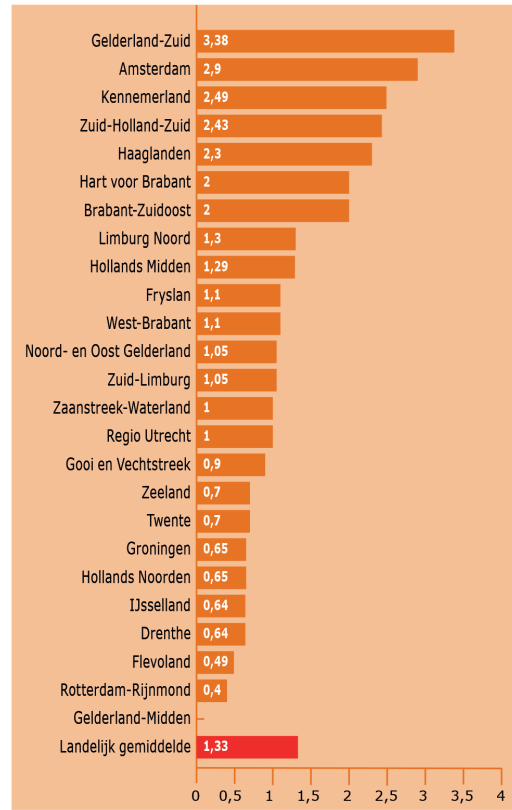
## Jeugdgezondheidszorg



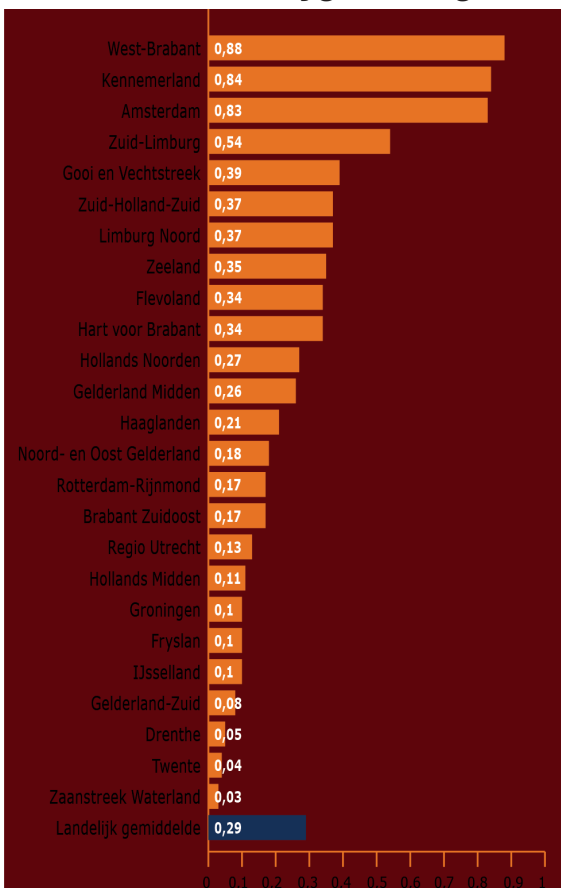
### Gezondheidsbevordering



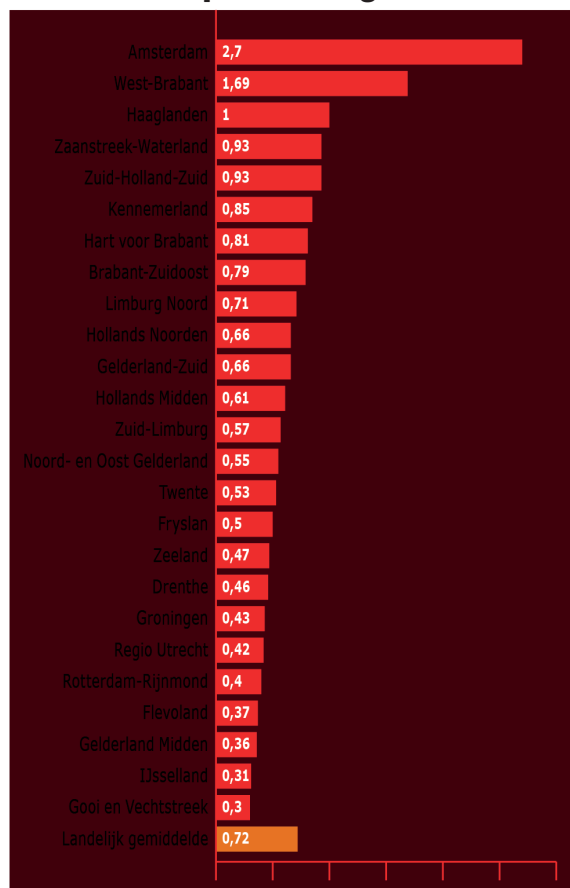
### aantal fte Gezondheidsbevordering



### Technische hygiënezorg



### Epidemiologie



### PREVENTIEPARADOX / SEGV

Zoals duidelijk wordt uit de beschrijving van de taken van de GGD'en, hebben zij een grote rol in preventie en daarmee ook in de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, veelal uitgedrukt in sociaal-economische status (SES).<sup>49</sup> Helaas worden deze verschillen en ongelijkheid in gezondheid tussen arm en rijk alleen maar groter. Naar verwachting zal de coronacrisis deze ongelijkheid nog doen groeien.<sup>50</sup> Zo leven in Nederland mensen met een praktische opleiding en een laag inkomen gemiddeld 6 jaar korter dan mensen met een theoretische opleiding en een hoog inkomen. Zij leven zelfs 15 jaar korter in goed ervaren gezondheid.<sup>51</sup> De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde in 2018 dat algemene maatregelen weliswaar leiden tot gezondheidswinst, maar dat de mensen bovenaan de maatschappelijke ladder daar meer van hebben geprofiteerd dan degenen onderaan de ladder.<sup>52</sup> De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) stelde recent dat we voor deze ongelijkheid uiteindelijk een 'ontzettend hoge prijs' zullen betalen.<sup>53</sup>

Het bestaan van een 'gezondheidsgat' en de kennis over de oorzaken ervan zijn niet nieuw en de aanpak is erg ingewikkeld. In verschillende Kamerdebatten sinds 1994 is er door de SP-fractie met nadruk gewezen op het bestaan en toenemen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de noodzaak van een tegenoffensief.<sup>54</sup> In een congres over sociaaleconomische gezondheidsverschillen concludeerde professor Mackenbach<sup>55</sup> dat de SP sociaaleconomische gezondheidsverschillen serieus neemt. En de SP is volgens Mackenbach misschien wel de enige partij in Nederland die dit consequent doet.<sup>56</sup> In 2018 presenteerde de SP een plan om de gezondheidsverschillen in Nederland aan te pakken, met 12 voorstellen.<sup>57</sup>

De kwestie zou hoog op de politieke agenda moeten staan, in ieder geval werd benadrukt dat het van belang is dat wetten, regels en beleid in het algemeen niet langer alleen getoetst worden op hun economische effecten, maar ook op hun sociale en gezondheidseffecten.<sup>58</sup> De ambitie om te veranderen is er wel, ook bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In 2040 moeten de gezondheidsverschillen met 30 procent zijn afgenomen. Maar als we doorgaan zoals nu komen we daarbij niet eens in de buurt.<sup>59,60</sup>

Het is op dit moment onduidelijk hoeveel euro gemeenten investeren in preventie, maar een rapport uit 2002 suggereert dat de bedragen die aan de GGD worden uitgegeven voor gezondheidsbevordering te laag zijn om de taken naar behoren uit te voeren.<sup>61</sup> De totale gemeentelijke kosten van de publieke gezondheidszorg bedroegen in 2016 naar schatting 835 miljoen euro.<sup>62</sup>

## FINANCIERINGSSTROMEN

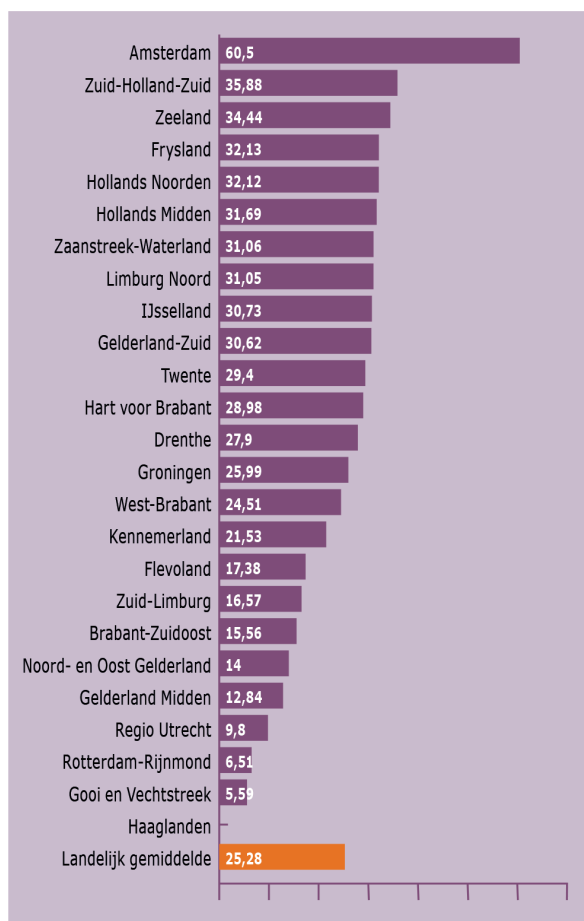
Gemeenten financieren het gezondheidsbeleid grotendeels vanuit het gemeentefonds, de jaarlijkse bijdrage die zij van het Rijk ontvangen. De bijdragen uit het gemeentefonds zijn niet geormerkt en er worden dus geen bestedingsvoorwaarden aan gesteld. Bij de verdeling van het gemeentefonds hanteert het Rijk een groot aantal parameters, om ervoor te zorgen dat alle gemeenten een vergelijkbaar voorzieningenniveau kunnen aanbieden (verevening). Gehanteerde indicatoren die de uitkering voor de gezondheidszorg positief beïnvloeden zijn onder andere: het aantal jongeren, ouderen, lage inkomens, bijstandsontvangers en minderheden in de gemeente. Ook houdt het verdelingsmodel rekening met de belastingcapaciteit van gemeenten. Gemeenten die zelf veel belasting kunnen heffen via met name de ozb, ontvangen een lagere uitkering. Naast de gemeentefondsgelden ontvangen veel gemeenten een doeluitkering in het kader van het Stimuleringsprogramma Gezond in de Stad voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Dit betreft gemeenten met relatief veel sociaaleconomische achterstandswijken. Met deze rijks gelden bekostigen de gemeenten met name de GGD'en.<sup>63</sup>

Het budget van de GGD'en is voor ongeveer 2/3 afkomstig van gemeenten. Daarnaast ontvangen GGD'en geld van het Rijk (11%) en derden (25%).<sup>64</sup> Doordat GGD'en het grootste deel van hun budget van de gemeenten krijgen, zorgt dit voor grote verschillen tussen de individuele GGD'en. Überhaupt is er, ook GGD-breed, weinig inzichtelijk over de precieze budgetten.

In tabel 1 is voor de verschillende taken het budget in € weergegeven.<sup>65</sup>

### WAAR KOMT HET BUDGET VOOR GGD'EN VANDAAN?

Een GGD wordt voor de wettelijke taken betaald uit een bijdrage per inwoner. De bijdrage is gemiddeld 25,28 euro. In het volgende overzicht wordt per GGD-regio de bijdrage per inwoner weergegeven. Gemiddeld bestaat iets meer dan de helft (54,15%) van de begroting van de GGD uit vaste financiering.<sup>66</sup>





Vanwege de zeer verschillende taakpakketten en (mede) daardoor de slecht vergelijkbare gegevens heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd eerder aangegeven dat het niet zinvol was om gegevens uit te brengen over een vergelijking van de bedragen die gemeenten per inwoner besteden aan bepaalde taakvelden. Daarnaast komt er bij het merendeel van de GGD'en geld, variërend van een derde tot ruim de helft van de begroting, uit de 'plustaken', diensten waarvoor gemeenten en anderen opdracht kunnen geven.<sup>67</sup>

Er zijn verschillende financieringsstromen.

- Gemeentelijke bijdrage
- Gemeentelijke contracttaak
- Inspanningsgerichte taak
- Rijkssubsidie
  - In de begroting VWS 2020: artikel 5 Jeugd. Het Rijk stelt € 2 miljoen beschikbaar voor Forensisch-medische expertise bij kindermishandeling (FMEK) onder andere voor het project FMEK van de GGD GHOR.<sup>68</sup>
  - In de Economische Zaken en Klimaat (EZK) begroting 2020<sup>69</sup> wordt de GGD genoemd bij: beschikbaar voor Groningen op de Rijksbegroting. Onder VWS staat het GGD rapport aanpak gezondheidsklachten 1,35 miljoen euro voor 2019.
  - In de begroting Sociale Zaken en Werkgelegenheid<sup>70</sup> 2020 wordt de GGD genoemd bij: het toezicht van de GGD op de kinderopvang.
- Regionale Ambulancevoorziening RAV (grotendeels NZa), Veilig Thuis en Publieke gezondheidszorg Asielzoekers (via COA-budget)
- Overig: bijvoorbeeld baten uit detachering, verhuur van panden en rentebaten

Vanzelfsprekend is het aantal inwoners sterk bepalend voor de omvang van de kosten, maar de invloed van de demografische en sociaaleconomische samenstelling is beperkt. Opmerkelijk is dat een groter aandeel risicogroepen (jeugdigen en ouderen) eerder met lagere dan hogere kosten wordt geassocieerd. Mogelijk zijn voorkeuren van bestuurders en inwoners, of de GGD, meer van invloed op de inzet van middelen dan demografie. Ook kan het zijn dat de meerkosten van risicogroepen pas echt zichtbaar worden in vervolgzorgtrajecten en dat de kosten daarom bij andere beleidsterreinen neerslaan. Verder is de grote variatie in de door GGD'en gehanteerde tarieven opvallend. Individuele gemeenten hebben maar beperkt invloed op de samenstelling van het takenpakket en het bijbehorende tarief. Het is de vraag of hierdoor doelmatigheidsverschillen ontstaan en of er voldoende beleidsvrijheid voor individuele gemeenten binnen een GGD is. Het is voor gemeenten belangrijk om te weten of een GGD met een hoog tarief minder doelmatig is, of dat de GGD hiervoor ook een evenredig groter takenpakket uitvoert. Aanvullend onderzoek met meer zicht op de daadwerkelijk geleverde productie is noodzakelijk om over deze verbanden betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Verder blijken er geen noemenswaardige doelmatigheidsverschillen te zijn tussen relatief grote en kleine GGD'en.<sup>71</sup>

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

Neem de GGD Gooi en Vechtstreek, waar volgens de laatste inventarisatie (benchmark 2017) van alle GGD'en per honderdduizend inwoners 0,3 fte epidemiologie en 0,74 fte infectieziektebestrijding aanwezig is. Dat is op beide werkgebieden gemiddeld de laagste bezetting van alle 25 GGD'en.<sup>72</sup>

### **WAT IS HET TOTALE GGD-BUDGET? HOE HEBBEN DEZE BUDGETTEN ZICH ONTWIKKELD?**

De totale gemeentelijke kosten van de publieke gezondheidszorg bedroegen in 2016 naar schatting 835 miljoen euro.<sup>73</sup> Het totale budget van GGD'en bedraagt ongeveer 820 miljoen euro. De directe lasten bedragen ongeveer 621 miljoen euro en het grootste deel van dit budget (± 80%) wordt bepaald door personeelslasten. Een kwart van het budget

is beschikbaar voor de vier pijlers. Andere taken, bestaande uit JGZ, OGGZ, gezondheidsbevordering en forensisch medische zorg vertegenwoordigen bijna 2,5 keer zoveel budget, namelijk 62% van de directe lasten. De Jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigt 47% van het totale landelijke budget van alle GGD'en.<sup>74</sup> De taken Reizigerszorg en Ambulancezorg worden respectievelijk door de markt en de zorgverzekeraars betaald.

### **KOSTEN CORONA VOOR GGD'EN**

De coronacrisis zadelt GGD'en dit jaar op met bijna een half miljard extra kosten. Het grootste aandeel van de meerkosten van 465 miljoen euro blijkt voor rekening te komen van het bron- en contactonderzoek (275 miljoen euro) en in iets mindere mate voor bemonstering (96 miljoen euro). Voor die taken maken GGD'en meer kosten dan normaal. Daarnaast veranderen hun reguliere taken: dienstverlening wordt stilgelegd en inkomsten blijven uit op een deel van hun gebruikelijke taken. Daar staan soms ook minder uitgaven tegenover, maar per saldo heeft dit toch een negatief financieel effect (42 miljoen euro). Zo lopen de GGD'en veel inkomsten mis voor reizigersvaccinaties.<sup>75</sup>

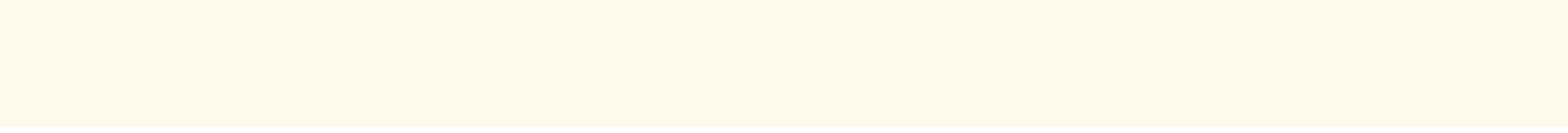
## Nu investeren in de GGD

**Tabel1. fte en budget per GGD-taak**

Taak GGD	Budget	fte 2016
Monitoring, signalering en advisering	20 miljoen	250 tot 300 fte
Algemene infectieziektebestrijding	+/- 13 miljoen	+/- 170 fte, waarvan ongeveer 60 artsen, 100 verpleegkundigen en 10 overige functies.
Personele kosten voor tuberculosebestrijding (exclusief röntgen- en andere randapparatuur)	Ruim 10 miljoen	In totaal over circa 165 fte (1 juli 2014), Dit aantal omvat circa 20 fte artsen, 50 fte verpleegkundigen en 95 fte medisch-technisch personeel.
Technische hygiënezorg	Loonkosten circa 3,8 miljoen euro	In totaal 60 fte verpleegkundigen werkzaam, waarvan ruim 20 fte beschikbaar zijn voor de algemene adviestaken uit de Wpg (zoals bedoeld in artikel 2.2f en 47) en voor taken die voorkomen uit het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. Voor toezichttaken zijn 40 fte beschikbaar.
Medische milieukunde	Personele kosten +/- 6 miljoen per jaar	De landelijke capaciteit van medische milieukunde bij GGD'en is circa 80 fte (MMK-onderzoek 2013 en geverifieerd in 2015). De MMK-teams bestaan voor 80% uit wetenschappelijk opgeleide adviseurs (onder anderen gezondheidswetenschappers, milieukundigen, artsen MMK en GAGS (gezondheidskundig adviseur gevaarlijke stoffen) en voor 20% uit hbo-opgeleide adviseurs (zoals verpleegkundigen). De instroom van nieuwe artsen in de opleiding tot medisch milieukundige blijft achter bij de uitstroom. Dit is zorgelijk en behoeft aandacht.
De uitvoering van de bestrijding van soa en voor seksualiteits hulpverlening voor jongeren onder 25 jaar	Via de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheid (ASG). In 2015 werd via deze regeling door het ministerie van VWS ruim 33 miljoen euro ter beschikking gesteld, waarvan GGD'en 15 miljoen besteden aan personele kosten. Het overige budget wordt besteed aan laboratoria. Naast de ASG-regeling dragen sommige gemeenten de GGD'en andere preventieve taken op. Informatie over deze aanvullende budgetten is niet landelijk beschikbaar.	In acht regio's werken GGD'en samen aan de uitvoering van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. De formatie bij deze GGD'en voor de bestrijding van soa is circa 200 fte, bestaande uit artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten en administratieve ondersteuning.
Voorbereiden en oefenen	Is circa 2,4 miljoen euro – inclusief kosten van de oefeningen die deels worden gefinancierd uit de Opleiding Trainen Oefenen (OTO) Stimuleringsmiddelen.	De capaciteit die nodig is voor de voorbereiding van GGD'en op calamiteiten is beperkt. Het gaat in de zogenaamde koude fase (de fase dat zich geen calamiteit voordoet) in Nederland hooguit om enkele tientallen medewerkers. De inzet van de professionals in de opgeschaalde (warme) situatie is afkomstig uit de reguliere processen, zoals IZB, MMK en JGZ. Deze capaciteit voor de warme fase is hier buiten beschouwing gelaten.
PSH-i (psychosociale hulpverlening)	De financiering is in de regio's verschillend geregeld. Soms wordt deze hulpverlening betaald uit reguliere budgetten (veelal JGZ), soms bestaan er andere afspraken met gemeenten. Een betrouwbaar totaalbudget is daardoor niet te geven.	
Toezicht	De totale kosten voor het door de GGD'en uitgevoerde toezicht in 2014 zijn geraamd op circa 23,5 miljoen euro.	

**FINANCIERING GGD'EN**

Wmo-toezicht	Begin 2015 verrichtten de GGD'en deze taak voor circa 30 gemeenten, eind 2015 waren dat er ongeveer 175. Er is daarom nog geen betrouwbare informatie beschikbaar over het landelijke budget dat met deze taak gemoeid is. <sup>76</sup>	Omdat steeds meer gemeenten het Wmo-toezicht bij de GGD beleggen en de functie in opbouw is, is het momenteel nog niet mogelijk om aan te geven wat de totale personele capaciteit is. Aangezien het met name gaat om toezicht na calamiteiten, is de capaciteit ook afhankelijk van de mate waarin deze calamiteiten optreden. De competentieprofielen zijn ook in ontwikkeling. Er wordt veel gebruik gemaakt van al beschikbare deskundigheden bij de GGD'en. Medewerkers vervullen de Wmo-toezichtstaak naast andere werkzaamheden en hebben verschillende medische dan wel beleidsmatige opleidingsachtergronden
Toezicht kinderopvang		GGD'en hebben ongeveer 340 toezichthouders kinderopvang. Omdat een groot deel van de toezichthouders in deeltijd werkt en een deel ook andere (toezicht)taken uitvoert, is het aantal fte geschat op 240. Van de toezichthouders heeft ongeveer 75 procent een hbo-opleiding (verpleegkunde, pedagogiek, SPH), is ruim 20% universitair geschoold (pedagogische en sociale wetenschappen) en heeft circa 5% een opleiding op mbo-niveau.
Handhaving	Geschat tussen 14 en 21 miljoen euro per jaar. Dit blijkt uit onderzoek door Cebeon (2015) in opdracht van het ministerie van SZW. Het ministerie heeft voor toezicht en handhaving in 2015 en 2016 hetzelfde totale budget (29,9 miljoen) beschikbaar gesteld als in voorgaande jaren.	
JGZ	ongeveer 433 miljoen euro per jaar. <sup>77B</sup>	De jeugdgezondheidszorg beslaat circa 3.000 fte, ongeveer een derde van de GGD. Naar schatting is het totale aantal medewerkers JGZ (bij GGD, Thuiszorg of een andere instelling) 7.000 – omgerekend zijn dat 4.550 fte, vanwege het grote aantal deeltijdwerkers. Dat zijn circa 27 fte per 100.000 Nederlanders en staat gelijk aan 1 fte per 800 jongeren onder de 19 jaar. Ongeveer 70% de JGZ-medewerkers werkt bij een GGD, wat neerkomt op circa 3.000 fte en ruim 4.500 medewerkers.
OGGZ	Het totale beschikbare budget voor de OGGZ-taak is niet in kaart gebracht.	De huidige personele capaciteit is onbekend. Van de 25 GGD'en hebben in ieder geval 23 GGD'en een meldpunt OGGZ/maatschappelijke zorg. Deze meldpunten verzorgen eerste opvang en doorgeleiding naar zorg bij onder meer: psychiatrische problemen, (preventie) huisuitzetting, verslaving, vervuiling, hoarding, overlast, opvoedingsproblemen, financiële schulden, verstandelijke beperking, ouderdomsproblematiek, sociaal isolement en lichamelijke problemen. De personele capaciteit is in 2008 voor het laatst in kaart gebracht. Toen was er zo'n 160 fte voor de OGGZ bij GGD'en. Geschat wordt dat de omvang sindsdien is afgenomen, maar gegevens daarover zijn niet eenduidig. Doordat de taken regionaal verschillend zijn georganiseerd, varieert het aantal fte per GGD.
Gezondheidsbevordering	Niet bekend. De GGD'en organiseren de taak op heel verschillende manieren. Financiering gebeurt deels via externe projectgelden, waardoor het lastig is tot betrouwbare bedragen te komen.	De totale capaciteit voor gezondheidsbevordering bij GGD'en is circa 210 fte. Er zijn grote verschillen tussen de GGD'en. Het is lastig om GGD'en hierin te vergelijken, omdat PGA en JGZ soms meegerekend worden en soms niet. Hetzelfde geldt voor OGGZ-preventie zoals depressiepreventie en verslavingspreventie. De laatste formele inventarisatie dateert uit 2008 (NIGZ, trendonderzoek-gezondheidsbevordering-enpreventie-2008). In dat jaar waren er circa 530 medewerkers voor gezondheidsbevordering met in totaal circa 410 fte. De capaciteit bij GGD'en lijkt dus sinds 2008 meer dan gehalveerd. Het is onduidelijk of de afname van deze capaciteit is opgevangen door andere instellingen of dat er minder activiteiten worden verricht.
PGA-budget (publieke gezondheidszorg asielzoekers)	Sterk afhankelijk van het aantal asielzoekers in de opvanglocaties van het COA. Het totale budget voor de PGA (inclusief landelijke taken) was in 2014 7,2 miljoen euro. Het totaal aantal asielzoekers in de opvang bedroeg in 2014 circa 25.000. De PGA-kosten per asielzoeker bedragen dus gemiddeld bijna 300 euro. Dit budget heeft geen betrekking op de kosten die mensen maken na vestiging in een gemeente.	De benodigde formatie beweegt mee met de aantallen asielzoekers. Gemiddeld lijken GGD'en circa 10 fte per 3.500 asielzoekers in te zetten, wat neerkomt op een totaal van 100 tot 150 fte in de afgelopen jaren. Het meebewegen vergt met de actuele ontwikkelingen veel van de GGD'en, zeker voor de JGZ-taken.
Forensische geneeskunde	Niet betrouwbaar in kaart gebracht. Gezien de omvang in fte zal het budget 10 tot 12 miljoen bedragen.	Er werken vanuit de GGD bij benadering 150 tot 200 mensen in het publieke domein van de forensische geneeskunde. Naar schatting is er 80 tot 120 fte aan forensische taken. In totaal is 85% van de taakuitvoering ondergebracht bij de GGD. Van de overige 15% wordt 10% door de FARR (Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond) uitgevoerd en 5% door overige aanbieders, waaronder de FMMU (Forensisch Medische Maatschappij Utrecht) en Arts en Zorg.
Veilig Thuis		Landelijk 196 FTE formatie en 9.512.000 euro directe personeelslasten
Ambulancezorg		Wordt door een deel van de GGD'en uitgevoerd maar is in die gevallen qua omvang wel de meest bepalende taak voor de formatie. De totale formatie betreft meer dan 7300 fte.

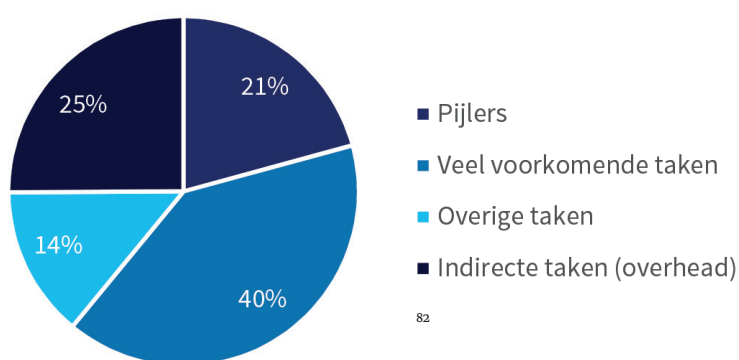


## PERSONEEL

Het aantal medewerkers kan flink verschillen tussen GGD'en. Dit is onder andere afhankelijk van de grootte van de regio en het takenpakket een GGD. Verschillen kunnen uiteenlopen van in een enkel geval circa 35 medewerkers tot ruim 1200 medewerkers in dienst hebben.<sup>79</sup>

### WAT IS HET TOTALE AANTAL FTE?

Bij de GGD werken in totaal ongeveer 10.000 medewerkers en 7500 fte aldus een rapport uit 2013.<sup>80</sup> In 2017 werden de vier pijlers door circa 1.000 formatieplaatsen (fte) in het land uitgevoerd (dit is exclusief de ondersteunende en managementfuncties). Dit is een schatting op basis van beschikbare informatie en kan mogelijk 100 fte meer of minder zijn.<sup>81</sup>



Het medewerkersbestand van GGD'en bestaat uit een grote groep hoog opgeleide medewerkers met een lang dienstverband en een gemiddelde leeftijd van 47,5 jaar.<sup>83</sup> Gewaarschuwd wordt door de Inspectie voor uitstroom van personeel vanwege pensionering. Naast de aanstaande uitstroom van deze ervaren medewerkers, is er krapte op de arbeidsmarkt voor forensisch geneeskundigen, jeugdartsen, artsen IZB, artsen maatschappij en gezondheid, TBC-artsen, medische milieukundigen, maar ook voor goed opgeleide verpleegkundigen maatschappelijke gezondheid. Door de krapte vindt soms taakverschuiving plaats van artsen naar gespecialiseerde verpleegkundigen of andere professionals.<sup>84</sup>

Tabel 3 komt uit een artikel waarin alle onderzoeken naar de omvang en samenstelling van publieke gezondheidszorg (dus breder dan alleen de GGD'en) tussen 2003-2009 op een rij zijn gezet. Het artikel concludeert dat er een beperkt inzicht is in de omvang en samenstelling van de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de publieke gezondheidszorg. Of de huidige capaciteit, in relatie tot de gewenste kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg, nu en in de toekomst voldoende is, is daardoor niet te beoordelen.<sup>85</sup>

**TABEL 3** Overzicht van de omvang en samenstelling van de beroepsgroep werkzaam in de publieke gezondheidszorg, op basis van de rapporten uit de periode 2003-2009

beroepsgroep of taakvelden	uitvoerende organisatie van de inventarisatie						
	RGO; fte	NPHF; fte	NIGZ; fte	GGD NL; fte	ZonMw; fte	CO; n	CBOG; n
<b>artsen</b>							
artsen				670			
profielarts Jeugdgezondheidszorg						431	403
profielarts Infectieziektebestrijding						13	13
profielarts Forensische geneeskunde						91	85
profielarts Tuberculosebestrijding						2	2
profielarts Medische milieukunde						0	1
profielarts Indicatie en advies						40	47
profielarts Beleid en advies						35	43
arts Maatschappij en gezondheid*						914	965
bedrijfsarts*						1 968	2 167
verzekeringsarts*						933	1 072
<b>verpleegkundigen</b>							
sociaal verpleegkundigen		1 990		1 500			2 400
<b>onderzoekers</b>							
onderzoeker Sociale Geneeskunde, universitair	152						
onderzoeker, overig universitair	120						
onderzoeker, niet universitair	405						
onderzoeker GGD	54						
<b>taakvelden</b>							
infectieziektebestrijding					750		
jeugdgezondheidszorg					3 500		
technische hygiënezorg					340-380		
forensische geneeskunde					100-150		
medische milieukunde					100		
openbare geestelijke gezondheidszorg					750		
epidemiologie					120		
gezondheidsbevordering					800		
advisering gezondheidsbeleid					100		
geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen					300		
<b>overig</b>							
medisch milieukundig functionaris (1e en 2e lijn)				66			
doktersassistenten				960			
gezondheidsbevorderaars		899	1 119	255			1 433
epidemiologen		86		120			1 100
master of public health							76
beleidsmedewerkers				220			
medisch technisch medewerkers				116			
logopedisten				187			
ambulancechauffeur				32			
voorlichter documentalist / communicatiemedewerker				88			
tandheelkundig preventief medewerker				8			
<b>totaal</b>	<b>731</b>	<b>2 975</b>	<b>1 119</b>	<b>6 600</b>	<b>6 860-6 950</b>	<b>4 427</b>	<b>9 807</b>

RGO = Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek; NPHF = Nederlandse Public Health Federatie; NIGZ = Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie; CO = Capaciteitsorgaan; CBOG = College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg

\*Aantal werkzame sociaal-geneeskundigen

Beroepen en functies die in de rapporten genoemd zijn, maar waarvan geen aantallen genoemd worden: huisarts, klinisch geneticus, psychiater, nurse practitioner, psychiatrisch verpleegkundigen, milieugezondheidskundigen, milieukundigen, maatschappelijk werkers, welzijnswerkers, laboranten, preventiewerkers, gezondheidswetenschappers, centralist centrale post ambulance, psycholoog, kwaliteitsfunctionaris, ergotherapeut, logistiek medewerker, gezondheidswerker, diëtist, adviseur.

Tabel 1. Relatieve verdeling van directe formatie en directe personeelslasten<sup>5</sup>

Taak	Formatie directe taken (FTE)	%	Dir. personeelslasten (€1.000)	%
Monitoring, advisering	257	4%	19.192	5%
Gez. Bescherming	984	15%	59.685	14%
GHOR	110	2%	11.432	3%
Toezicht	270	4%	13.036	3%
<b>Subtotaal pijlers</b>	<b>1.621</b>	<b>25%</b>	<b>103.345</b>	<b>25%</b>
Gezondheidsbevordering	227	3%	14.077	3%
JGZ	3.039	46%	197.429	47%
OGGZ	593	9%	38.523	9%
Forensisch medische zorg	73	1%	10.282	2%
<b>Subtotaal veel voork. taken</b>	<b>3.932</b>	<b>59%</b>	<b>260.311</b>	<b>62%</b>
Ambulancedienst	916	14%	48.673	12%
Reizigersvaccinatie	145	2%	8.405	2%
<b>Subtotaal overige taken</b>	<b>1.061</b>	<b>16%</b>	<b>57.077</b>	<b>14%</b>
<b>Totaal</b>	<b>6.614</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de verhouding tussen taken o.b.v. formatie en directe personeelskosten minimaal verschilt. De kleine verschillen komen voort uit het opleidings- en ervaringsniveau van de werknemers waardoor gemiddelde lasten uiteenlopen.

<sup>5</sup> Hier ontbreken GGD'en waar de uitsplitsing op dit niveau niet te maken is: Flevoland, Gelderland Zuid en Rotterdam-Rijnmond en is dus geen landelijk totaal

## WAT IS DE FTE ONDERVERDEELD PER TAAK?

In een rapport uit 2017 wordt 6600 directe fte (die invulling geeft aan de publieke gezondheidstaken) genoemd, waarbij jeugdgezondheidszorg (46% van de formatie, meer dan 3000 fte) de omvangrijkste taak is. Ongeveer 25% van de formatie is verbonden aan taken die vallen onder de vier pijlers, daarbinnen vormen de uitvoerende taken gezondheidsbescherming de hoofdmoot. De ambulancezorg (RAV) wordt door een deel van de GGD'en uitgevoerd maar is in die gevallen qua omvang wel de meest bepalende taak voor de formatie. De totale formatie betreft meer dan 7300 fte. Het is moeilijk om het aantal fte volledig vast te leggen vanwege de verwevenheid van overheadfuncties met gemeenten en samenwerkingsverbanden.

Afhankelijk van afspraken en het budget heeft een GGD mensen in dienst. Zo werken in Rotterdam bijna twee keer zoveel infectieziektebestrijders in vergelijking met Utrecht, onder andere omdat deze GGD-regio een haven én een havenziekenhuis heeft, maar qua inwoneraantallen verschillen beide GGD-regio's amper. De verschillen zijn soms zo groot dat GGD'en bij interne onderzoeken ook niet altijd duidelijk voor ogen hebben hoe een GGD precies georganiseerd is. Rampenbestrijding is deels belegd bij de GGD en deels bij de GHOR. Volgens het meest recente rapport over de staat van de GGD is de gemiddelde formatie per GGD op het gebied van rampenbestrijding vijf voltijdbanen. Niet iedere GGD heeft rampenbestrijders. Zo hebben de gemeenten in Friesland dat werk uitbesteed. Bij iets minder dan de helft van de GGD'en ligt rampenbestrijding op het bordje van medewerkers van andere afdelingen, die slechts een deel van hun tijd eraan besteden.<sup>86</sup>

## ZIJN ER PERSONEELSTEKORTEN?

Volgens een peiling uit 2015 lag het aantal artsen infectieziektebestrijding bij 11 van de 25 GGD'en meer dan een kwart onder de norm. In 2014 trok de GGD zelf aan de bel omdat hun organisaties niet voorbereid waren op een grote infectieziekte-uitbraak: organisaties waren 'onder het waakvlamniveau' gezakt. Volgens GGD'en is er niks met dit signaal gedaan, behalve een 'budget-neutraal stimuleringsprogramma'.<sup>87,88</sup>



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

Meer in algemene zin vraagt de uitvoering van de publieke gezondheid om voldoende expertise in het licht van nieuwe ontwikkelingen. Die moet geborgd worden via opleidingen en nascholing, maar ook door ruimte te maken voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie. De ontwikkeling en coördinatie van Academische Werkplaatsen is daarvoor een begin en moet verder worden opgepakt. De GGD'en maken gebruik van elkaars deskundigheid – bilateraal of via kennissystemen zoals GGD GHOR Kennisnet – en van de digitale loketten van het RIVM. De informatie en tools uit de landelijke kennisinfrastructuur zijn beter toepasbaar in de praktijk naarmate deze meer behoeftegestuurd en in samenwerking met GGD'en worden ontwikkeld. Versterking van de inbreng vanuit GGD'en en de Academische Werkplaatsen in de landelijke kennisinfrastructuur is daarom gewenst.<sup>89</sup>

Door het groeiende personeelstekort, staat de uitvoering van nieuwe taken in het sociaal domein onder druk. Een bijkomend risico is dat de GGD'en onvoldoende toegerust zijn voor eventuele opschaling bij calamiteiten. Bijkomend probleem is dat individuele gemeenten zich soms geen eigenaar voelen van het dossier publieke gezondheid.<sup>90</sup> Vooral doordat steeds meer mensen zijn gaan reizen, is de bestrijding van infectieziekten steeds ingewikkelder geworden volgens de GGD-GHOR.<sup>91</sup>

### WAT ZEGT HET CAPACITEITSORGAAN?

Het Capaciteitsorgaan heeft verschillende adviezen uitgebracht over de Sociaal Geneeskundigen en één advies met betrekking tot infectieziektebestrijding.<sup>92,93</sup> Duidelijk is echter dat de adviezen van het Capaciteitsorgaan en de werkelijke instroom flink uit elkaar lopen.

#### Sociaal geneeskundigen

2010<sup>94</sup>: Voor de 4 beroepen die vallen onder de tweede tranche A van het Opleidingsfonds, komt dit neer op het volgende instroomadvies voor de profielopleidingen per jaar:

- Jeugdgezondheidszorg: 118
- Infectieziektebestrijding: 14
- Tuberculosebestrijding: 2
- Medische milieukunde: 4

2013<sup>95</sup>:

Het instroomadvies voor de subsidiabele profielen en specialismen binnen M&G luidt:

Specialisme/ profiel	Bandbreedte	
profielopleiding arts infectieziektebestrijding KNMG	15	19
profielopleiding jeugdarts KNMG	112	144
profielopleiding arts medische milieukunde KNMG	3	4
profielopleiding arts tuberculosebestrijding KNMG	5	6
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts infectieziektebestrijding KNMG	15	19
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel jeugdarts KNMG	21	22
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts medische milieukunde KNMG	3	4
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts tuberculosebestrijding KNMG	5	6

2016<sup>96;97</sup>

**Tabel 1: Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan 2019 per profiel en specialisme**

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Bedrijfsarts	<b>250</b>	260
Verzekeringsarts	<b>70</b>	75
M&G zonder profiel	<b>14</b>	16
M&G + arts beleid en advies	<b>13</b>	13
M&G + arts indicatie & advies	<b>3</b>	3
M&G + arts infectieziektebestrijding	<b>12</b>	14
M&G + arts tuberculosebestrijding	<b>2</b>	2
M&G + donorarts	<b>1</b>	1
M&G + forensisch arts	<b>11</b>	11
M&G + jeugdarts	<b>43</b>	48
M&G + medisch milieukundige	<b>2</b>	2
Arts beleid en advies	<b>15</b>	15
Arts indicatie & advies	<b>7</b>	7
Arts infectieziektebestrijding	<b>15</b>	17
Arts tuberculosebestrijding	<b>2</b>	2
Donorarts	<b>17</b>	18
Forensisch arts	<b>41</b>	43
Jeugdarts	<b>111</b>	125
Medisch milieukundige	<b>3</b>	3
<b>Totaal</b>	<b>632</b>	<b>675</b>

2021-2024<sup>98</sup>:

De bandbreedte van de instroomadviezen staan in volgende tabel:

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Bedrijfsarts	121	
Verzekeringsarts	48	
M&G zonder profiel	10	
M&G + beleid en advies	6	
M&G + forensisch arts	8	
M&G + indicatie en advies	2	
M&G + infectieziektebestrijding	11	
M&G + jeugdarts	30	
M&G + medische milieukundige	2	
M&G + tuberculosebestrijding	2	
Arts beleid en advies	6	
Forensisch arts	13	
Arts indicatie en advies	6	
Arts infectieziektebestrijding	14	
Jeugdarts	80	
Arts medische milieukunde	2	
Arts tuberculosebestrijding	2	
<b>Totaal</b>	<b>363</b>	

### Infectieziektebestrijding

2008:

Tabel II: Benodigde jaarlijkse instroom volgens de verschillende scenario's voor de lage combinatievariant zonder doorgaande trend en evenwicht in 2025

	Benodigde instroom profielopleiding lzb/ eerste fase opleiding M&G	Benodigde instroom tweede fase opleiding M&G
Basisscenario	7	6
JGZ scenario	7	1
GHOR scenario	5	5
Scenario vergaande centralisering	6	3
Scenario met inzet verpleegkundig specialist	7	6

Bron: Nivel

Het totaal aantal artsen dat in opleiding is binnen de infectieziektebestrijding, komt daarmee vanaf 2010 uit op 14 tot 15 in de profielopleiding infectieziektebestrijding en 12 tot 13 in de tweede fase van de opleiding Maatschappij & Gezondheid.<sup>99</sup>

### (VELD)NORMEN

Het Rapport Publieke gezondheid borgen<sup>100</sup> concludeert dat de formatie voor de uitvoering van de vier pijlers bij de GGD'en klein is en voor een aantal taken zelfs onder de veldnorm. Dit geldt met name voor artsen en verpleegkundigen op het gebied van infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Hoewel niet in elke regio sprake is van een tekort, is het landelijke beeld van de uitvoering van de beschermingstaken uit pijler 2 kwetsbaar. Hieronder een uitwerking per pijler.

#### De pijler monitoring, signalering en advisering

Voor deze pijler zijn geen veldnormen opgesteld.

#### De pijler uitvoerende taken gezondheidsbescherming

- Infectieziektebestrijding. In 2004 is in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg een normering vastgesteld voor de werkzaamheden op het terrein van de algemene infectieziektebestrijding. Deze norm is in 2013 bijgesteld. Op grond van deze norm zou circa 195 fte nodig zijn. De norm houdt nog geen rekening met de bestrijding van antibioticaresistentie. De laatste schattingen van het aantal fte op infectieziektebestrijding lag lager dan deze norm. In augustus 2020 wordt geconcludeerd dat infectieziektebestrijding al 10 jaar op waakvlamniveau staat.<sup>101102</sup>
- Tuberculosebestrijding. Beroepsgroepen en de Commissie Praktische Tuberculose hebben veldnormen en richtlijnen opgesteld voor artsen, sociaal verpleegkundigen en medisch-technisch personeel in de tbc-bestrijding, hierbij ondersteund door het KNCV. Tuberculosefonds.<sup>103</sup> In deze norm wordt niks gezegd over het benodigde aantal fte.
- Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en bevordering seksuele gezondheid. De uitvoering van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening gebeurt volgens de landelijke richtlijnen. Er is geen veldnorm voor de capaciteit voor soabestrijding (seksueel overdraagbare aandoeningen).
- Technische hygiënezorg. In 2014 is een normering opgesteld conform de methodiek die in de algemene infectieziektebestrijding is uitgewerkt op basis van de negen basistaken. Volgens deze norm is de landelijke formatie 10 tot 20 fte onder het benodigde aantal. Het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid brengt richtlijnen voor technische hygiënezorg uit. Hierin staan de taken en het wettelijk kader voor technische hygiënezorg uitvoerig beschreven.
- Medische milieukunde. Van 2003 tot eind 2006 liep het Versterkingsproject Medische Milieukunde, een project van de VNG en GGD-Nederland, onderdeel van dit project was de formulering van een ondergrens voor de hoeveelheid formatie (de waakvlamnorm) en de streefnorm (de wenselijke capaciteit).<sup>104</sup> In 2005 is er een veldnorm opgesteld voor de benodigde omvang en competentie. Ook zijn er richtlijnen voor het handelen van medisch milieukundigen, opgesteld door het RIVM. In 2013 is er een onderzoek uitgevoerd naar 'De kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland'. Het totaal aantal fte dat door de GGD'en geleverd wordt, wordt geschat op 97 fte. De totale capaciteit die voor MMK-zorg in Nederland beschikbaar is, wordt geschat op 110 fte. Aangegeven wordt dat in 2010 het NIVEL in opdracht van het ministerie van VWS en in samenwerking met het Capaciteitsorgaan een advies heeft uitgebracht over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor artsen MG met profiel MMK. Het advies was om de komende jaren 3-4 artsen per jaar op te leiden. Dit aantal wordt niet gehaald. Volgens de inventarisatie was er in 2011 voor de MMK-zorg 72,41 fte door de gemeente gefinancierd beschikbaar (waarvan 14 artsen). Dit is 20 fte meer dan in 2005 werd gemeten, maar landelijk een tekort van 26 fte (26%) ten opzichte van de waakvlamnorm 2011 van 99 fte.<sup>105</sup> Het aantal fte werd op 80 fte (2013 en 2015), geschat en 110 Nederland breed. De formatierichtlijn is 135 fte. Ook op medische milieukunde ligt het aantal fte volgens de laatste schattingen onder de waakvlamnorm. De formatierichtlijn is 135 fte.<sup>106</sup> Met name proactieve advisering komt te weinig tot stand.<sup>107</sup> Ook staat de rol van de medische milieukunde tijdens rampen of dreiging van rampen onder druk. Deze rol vergt opleiding tot GAGS (gezondheidskundige adviseurs gevaarlijke stoffen) omdat gedegen toxicologische kennis noodzakelijk is. De GGD'en hebben niet de capaciteit die nodig is om deze wettelijke verplichting in te vullen.

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

De minimumnormen waaraan de zorgsector moet voldoen bij de voorbereiding op rampen- en crisissituaties staan beschreven in het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO (opleiden, trainen, oefenen): 'De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises'.<sup>108</sup> In dit kader wordt niet ingegaan op benodigde fte.

### **De pijler toezicht houden**

- Toezicht technische hygiënezorg/toezicht kinderopvang. Voor de toezichthouders heeft GGD GHOR Nederland richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals itemlijsten, modelrapporten, een observatie-instrument en een model voor risicogestuurd toezicht.
- Toezicht Wet maatschappelijke ondersteuning. GGD GHOR Nederland stelt, in overleg met VNG, IGZ en IJZ, met de toezichthouders afspraken op over de invulling van deze functie, waaronder een leidraad voor de werkwijze van Wmo-toezicht in brede zin (structureel en calamiteiten).

### **Jeugdgezondheidszorg**

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

### **Openbare Geestelijke Gezondheidszorg**

Er zijn geen veldnormen vastgesteld.

### **Gezondheidsbevordering en leefstijl**

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

### **Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers**

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

### **Forensische geneeskunde**

Er is een speciale opleiding tot forensisch arts. Voor de overige taken zijn geen registratie-eisen geformuleerd. De Gezondheidsraad heeft in 2013 aanbevelingen voor een kwaliteitsimpuls gedaan.<sup>109</sup> In deze aanbevelingen wordt niet gesproken over benodigde fte/personeel.

## TOEZICHT

De GGD'en hebben verschillende taken op het gebied van toezicht, bijvoorbeeld toezicht op de kinderopvang of de Wmo.<sup>110</sup>

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt thematisch toezicht op taken waarbij de GGD'en betrokken zijn. Zo onderzochten ze in 2019 infectiepreventie en regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie, waarvoor 38 zorgaanbieders uit 9 verschillende sectoren in Limburg.<sup>111</sup> De Inspectie heeft in de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan, relevant voor dit rapport. Hieronder een aantal uitgevoerde onderzoeken met de belangrijkste resultaten op met name het gebied van infectieziektepreventie (wat overigens niet wil zeggen dat deze resultaten nog actueel zijn):

- Gegevens werden door GGD'en niet altijd op uniforme wijze verzameld, niet alle doelgroepen werden bereikt met de interventies, de aanbevolen combinatie van interventies was niet altijd aanwezig, een wisselend beeld van aanbod, het interventieaanbod verschilt per regio, de effectiviteit was niet vastgesteld voor de helft van de meest uitgevoerde interventies, te weinig bekendheid met het bereik van interventies en het verband tussen de omvang van gezondheidsproblemen en het aantal interventies was niet zichtbaar.<sup>112</sup>
- In 2003 werd geconstateerd dat het proces (schaalvergroting die moest leiden tot kwaliteitsverbetering) bij de daarvoor in aanmerking komende diensten uiterst moeizaam verloopt. Positief is dat het merendeel van de GGD'en in staat is gebleken zich binnen korte tijd voor te bereiden op onverwachte bedreigingen. De voorbereiding op de dreiging van epidemieën blijft een permanent aandachtspunt. Naast zorgen over de paraatheid en slagkracht van GGD'en waren er in 2003 ook zorgen over de ontwikkelingen binnen de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen. Uit onderzoek van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de IGJ blijkt dat de huidige structuur en organisatie onvoldoende aansluiten op de dagelijkse praktijk van de zorgverlening.<sup>113</sup>
- Wat betreft de infectieziektebestrijding is de professionele kwaliteit tussen 1999 en 2002 verbeterd. Op een aantal onderdelen is echter verbetering nodig. Vrijwel geen enkele GGD beschikt over een goed functionerend kwaliteitssysteem, er is nog onvoldoende zicht op de gezondheidstoestand van risicogroepen, GGD'en moeten zich actiever opstellen bij bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen. De professionele standaarden voor gezondheidsbevordering en de openbare geestelijke gezondheidszorg zijn onvoldoende ontwikkeld. Van certificering van afdelingen is nauwelijks sprake. Vijf GGD'en beschikken over een certificaat voor de infectieziektebestrijding op basis van de normen van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Voor de andere functies moet certificering op basis van HKZ-normering nog plaatsvinden. Als het gaat om infectieziektepreventie. Wat gaat er niet goed? Te weinig aandacht voor melding ex artikel 7 van de Infectieziektewet. Artikel 7 van de Infectieziektewet voorziet in directe melding van clusters van infectieziekten door instellingen waar kwetsbare populaties verblijven, zoals kinderdagverblijven en verpleeghuizen. Analyse van de meldingen vindt niet altijd voldoende systematisch plaats. Minder dan de helft van de diensten vergelijkt de trend in de meldingen met vergelijkbare GGD'en. Het inzicht in de mate van onderrapportage is eveneens beperkt. Voorbereiding op grootschalige uitbraken moet verder worden versterkt. Twee derde van de GGD'en scoort naar eigen zeggen voldoende waar het de voorbereiding op grootschalige uitbraken betreft. Dit percentage is te laag, waarbij de inspectie aantekent dat de GGD'en de laatste jaren veel aandacht hebben besteed aan de implementatie van de draaiboeken voor pokken, SARS en (pandemische) influenza. Hierdoor is de samenwerking met de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) belangrijk verbeterd.<sup>114</sup>
- Landelijk gezien is er een tekort van factor 1,68 aan artsen en 1,85 aan verpleegkundigen Algemene infectieziektebestrijding in de GGD'en, vergeleken met de minimumnorm. Dit tekort is niet evenredig verdeeld. Er zijn GGD'en die veel meer afwijken van de voor hen geldende norm dan andere. Per 100.000 inwoners liep de formatie aan artsen uiteen tussen de 0,12 en 0,87 en de formatie aan verpleegkundigen tussen de 0,22 en 2,41. Over de kwaliteit van zorg werd geconcludeerd dat nog maar een enkele dienst voldoet aan de eisen voor preventie en bestrijding van infectieziekten. Verder werd er geconcludeerd dat er te weinig werd geïnvesteerd in inzicht in de lokale staat van de infectieziekten, in stimulatie van infectieziektemelding door externe partijen, en protocollering van grootschalige calamiteiten. In geld uitgedrukt werd geconstateerd dat de prijs die gemeenten betalen voor infectieziektebestrijding uiteenloopt van 0,52 tot 4,02 euro per inwoner. Voor de Algemene infectieziektebestrijding en soa-preventie werd berekend dat de capaciteit van artsen en verpleegkundigen met een factor 1,4 uitgebreid moet worden.<sup>115</sup>
- De inspectie constateert dat de GGD'en de wetten, richtlijnen en veldnormen voor de infectieziektebestrijding over het algemeen goed naleven. Dit betreft de omgang met meldingen van infectieziekten aan de GGD. Deze worden

goed en snel verwerkt en waar nodig zet de GGD bron- en contactopsporing in. Bij een enkele GGD verliep dit minder goed. De inspectie constateert dat een aantal GGD'en onvoldoende investeert in de registratie van en het maken van afspraken met artikel 26 instellingen. De resultaten van het onderzoek in een bredere context plaatsend constateert de inspectie dat het aantal deskundigen binnen een GGD op het terrein van de infectieziektebestrijding beperkt is en daardoor kwetsbaar in situaties waarin opgeschaald moet worden. Ook zag zij dat de afdelingen preventie en bestrijding binnen een GGD vaak als aparte afdelingen opereren waardoor kansen onbenut blijven om de bestrijding en de preventie van infectieziekten als geheel sterker te maken.<sup>116</sup>

- In 2019 een rapport verschenen waaruit blijkt dat het algemene beeld over de uitvoering van toezicht en handhaving door gemeenten en GGD'en positief is.<sup>117</sup>

In de bestrijding van de coronacrisis hebben GGD'en een belangrijke rol, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) volgt dit werk van de GGD'en.<sup>118</sup>

## LANDELIJKE EVALUATIE: GEBREK AAN INZICHT

Op verschillende momenten is de afgelopen jaren een stand van zaken van de GGD'en beschreven.

In 2015 concludeerde de directeur van GGD GHOR Nederland, de heer Backx, dat er taken op het gebied van de bestrijding van infectieziekten in de nodige regio's de laatste jaren zijn blijven liggen. Dit had volgens hem drie oorzaken:

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

Hij concludeerde dat de rek eruit raakte.<sup>119</sup> Een duidelijke persoonlijke evaluatie.

Een evaluatie op de (uitvoering van de) Wet publieke gezondheid en de taken hierbinnen heeft tot op heden onvoldoende plaatsgevonden. Uit het onderzoek 'GGD'en in beeld' concludeerden minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn desalniettemin dat alle GGD'en de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg) goed kunnen uitvoeren. En dat zij goed ingericht zijn op veranderende omstandigheden en innovatie. In een kamerbrief<sup>120</sup> wordt geconcludeerd dat het Stimuleringsprogramma heeft laten zien dat het stelsel van de publieke gezondheid, zowel op landelijk als op lokaal niveau op orde is. De GGD'en voeren de taken uit de Wpg en de taken die onder de vier pijlers vallen goed uit en de GGD'en zijn goed ingericht op veranderende omstandigheden en innovatie.

Overigens is er wel veel beleid gemaakt, bijvoorbeeld als het gaat om het terugdringen van overgewicht of het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Deze doelen worden echter vaak niet gehaald. Tevens had dit onvoldoende effect op hoe de GGD'en worden aangestuurd of gefinancierd. Terwijl er eigenlijk al lang een sluipende 'epidemie' van overgewicht gaande is die ook nu bij de corona-uitbraak effecten heeft, met name op de mate waarin mensen ziek worden.

De eerder beschreven resultaten van de IGJ-onderzoeken gaven volgens de minister geen aanleiding voor extra activiteiten naast de lopende trajecten zoals beschreven in de laatste voortgangsbrief over het stimuleringsprogramma.<sup>121</sup> Onder andere wordt geconcludeerd door de IGJ dat GGD'en voldoende omvang hebben om slagvaardig te kunnen zijn en taken efficiënt te kunnen organiseren, de taakuitvoering voor infectieziektebestrijding is verbeterd ten opzichte van 2015.

Tegelijkertijd wordt geconcludeerd dat er nog te weinig inzicht is op de indicatoren, dat er qua personeel al jaren niet aan de (waakvlam)normen wordt voldaan en dat GGD'en al jaren moeten bezuinigen op belangrijke taken.

Het zou eerlijker zijn geweest als er wel aanbevelingen waren gekomen hoe juist ook niet alleen de acute crisissen maar ook langdurige problemen het beste kunnen worden opgepakt. Nu werden de oplossingen voor de problemen vooruitgeschoven.

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

### INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING

De taak van de GGD'en aangaande infectieziektebestrijding is natuurlijk erg actueel door de corona-uitbraak. Deze maakt duidelijk dat de preventie van infectieziekten de afgelopen jaren een ondergeschoven thema is geweest.<sup>122</sup> Daarom op dit specifieke thema een korte/aparte uitwerking.

Het bestrijden van epidemieën en pandemieën is een gedeelde verantwoordelijkheid van het gezag voor publieke gezondheid (minister van VWS en bestuur GGD) en het gezag voor veiligheid (minister van VenJ en bestuur veiligheidsregio). Bij A-infectieziekten ligt het gezag bij de veiligheidsregio, terwijl RIVM en GGD zorgen voor uitvoering van maatregelen. Dit vraagt om nauwe afstemming van procedures binnen de Publieke Gezondheid en de veiligheid.<sup>123</sup>



Volgens de inspectie was (in oktober 2016) de kwaliteit op dit gebied goed. Daarnaast was het in 2016 in vergelijking met 2015 veel gemakkelijker geworden een beroep te doen op een andere GGD wanneer er sprake is van een calamiteit. Er was fors geïnvesteerd in het snel kunnen opschalen bij een of meerdere grootschalige incidenten. Desondanks was de conclusie dat er nog steeds druk kan ontstaan op een GGD wanneer zich meerdere calamiteiten tegelijk voordoen of wanneer er ontwikkelingen zijn (zoals activiteiten op het terrein van zoönosen en antibioticaresistentie) waardoor er soms langdurig extra inzet gevraagd wordt. Hierdoor kunnen opnieuw kwetsbaarheden ontstaan.<sup>124125</sup> Een conclusie die minister Schippers geen vervolg heeft gegeven.

Er werkten begin 2008 99 artsen in de infectieziektebestrijding in de publieke gezondheid. Hiervan waren er 90 binnen GGD werkzaam en 9 bij andere organisaties, met name bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding van het RIVM. Daarnaast waren er 147 verpleegkundigen werkzaam in de infectieziektebestrijding. Van de artsen infectieziektebestrijding is 72% arts Maatschappij & Gezondheid, dat wil zeggen specialist in het kader van de wet BIG; 11% heeft de (nieuwe) profielopleiding infectieziektebestrijding gevolgd; 17% is basisarts en heeft al dan niet een cursus/module gevolgd gericht op infectieziektebestrijding.<sup>126</sup>

2010<sup>127</sup>:

**Tabel 11: Aantal werkzame sociaal geneeskundigen in 2010**

Hoofdstroom/Specialisme	Aantal werkzaam
<b>Arbeid en Gezondheid</b>	
Bedrijfsarts	1.968
Verzekeringsarts	933
<b>Arts M&amp;G</b>	<b>914</b>
Geen aparte registratie	218
Jeugdgezondheidszorg	346
Infectieziektebestrijding	60
Tuberculosebestrijding	17
Beleid en advies	140
Forensische geneeskunde	96
Medische milieukunde	14
Indicatie en Advies	23
<b>Profielarts</b>	<b>612</b>
Jeugdarts KNMG	431
Arts infectieziektebestrijding KNMG	13
Arts tuberculosebestrijding KNMG	2
Arts beleid en Advies KNMG	35
Forensische arts KNMG	91
Arts medische milieukunde KNMG	0
Arts indicatie en Advies KNMG	40

Bron: NIVEL

## CORONACRISIS

Het ingewikkelde is dat de minister alleen gaat over de coördinatie van de infectieziektebestrijding, maar bestuurlijk niet verantwoordelijk is voor de uitvoering. Die verantwoordelijkheid is belegd bij de veiligheidsregio's.

Twee gremia zijn belangrijk bij infectieziektebestrijding van een epidemie: de 25 GGD'en en de 25 geneeskundige hulpverleningsorganisaties in de regio (GHOR'en). De GGD'en gaan over de uitvoering van de infectieziektebestrijding, zoals het bron- en contactonderzoek. De bestuurlijke verantwoordelijkheid van de infectieziektebestrijding ligt echter bij de GHOR. De GGD'en vallen bestuurlijk onder de burgemeesters en wethouders en de GHOR valt bestuurlijk

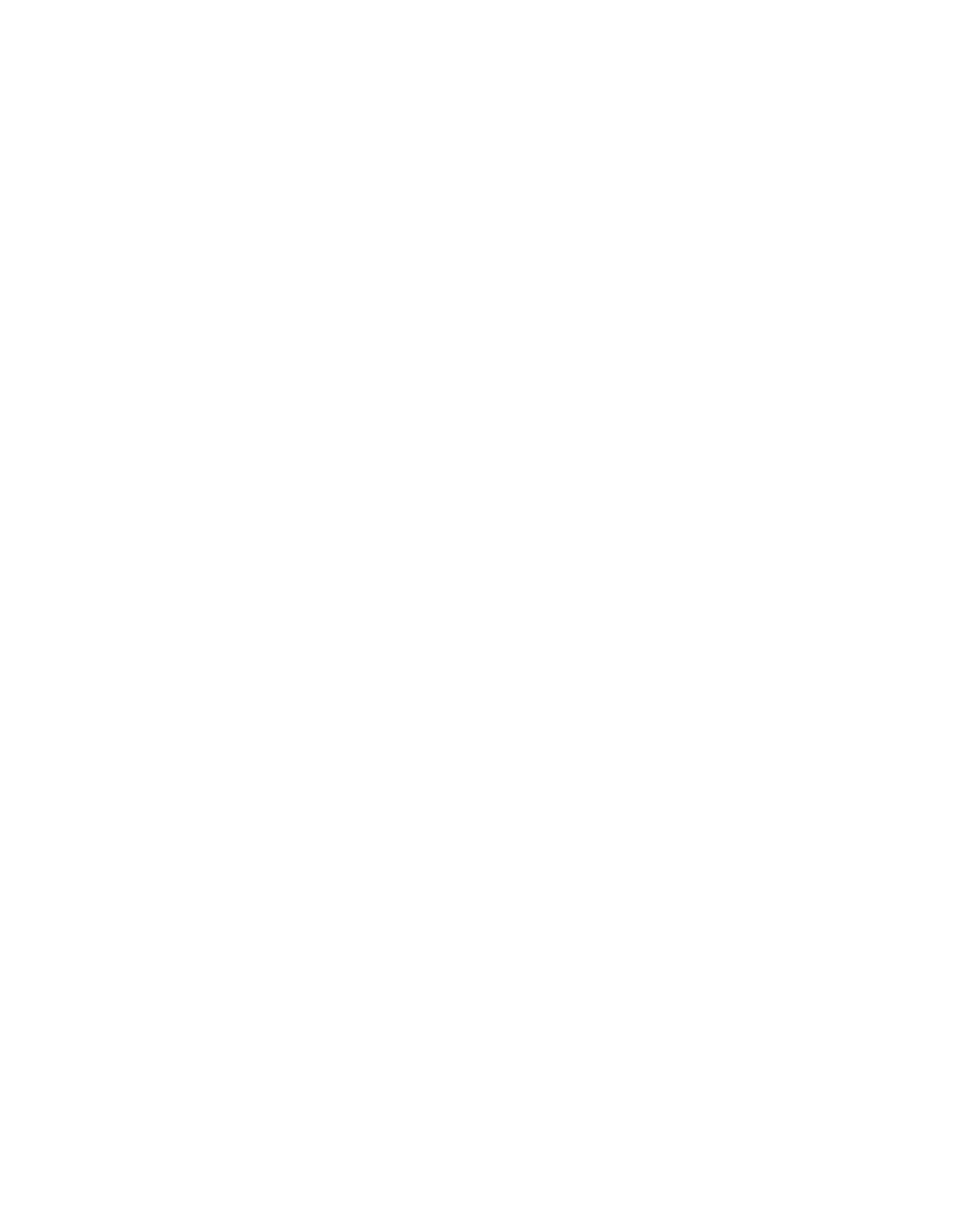
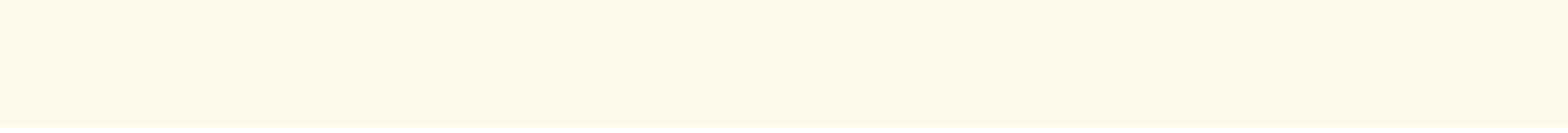
weer onder de veiligheidsregio's, waarin bijvoorbeeld ook de brandweer zit. Het bestuur van de veiligheidsregio's bestaat uit de betrokken burgemeester in de regio, meestal onder leiding van de burgemeester van de centrumgemeente.

De lappendeken van partijen en bestuurlijke verantwoordelijkheden wreekt zich in de coronacrisis. Er zijn zoveel partijen bij betrokken met verschillende rollen en verantwoordelijkheden dat uiteindelijk niemand echt verantwoordelijk is: iedereen gaat erover, dus gaat niemand erover.

Omdat Covid-19 een zogeheten A-ziekte is, valt de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de infectieziektebestrijding volgens de Wet publieke gezondheid onder de GHOR. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de coördinatie, maar gaat dus niet over de uitvoering. De minister is bestuurlijk verantwoordelijk voor het RIVM. Maar het RIVM gaat in de infectieziektebestrijding alleen over coördinatie en advisering.

Ook de financiering van de GGD'en via gemeenten leidt in de praktijk niet tot een slagvaardige aanpak. De betrokken gemeenten in een regio beslissen samen over de begroting van hun GGD. Dat betekent dat de uitgaven voor de GGD moeten concurreren met de subsidie voor een populaire voetbalvereniging of de aanleg van een belangrijke weg.

De Nederlandse zuinigheid stelt de GGD'en voor een schier onmogelijke opgave. De waakvlam krijgt in korte tijd te maken met een enorme virus-uitbraak. Dat betekent de minister ook bestuurlijk verantwoordelijk maken voor de infectieziektebestrijding, zodat hij de GGD'en direct kan aansturen. Ook de financiering van de GGD'en zou niet meer via gemeenten moeten gaan, maar rechtstreeks via het ministerie van VWS.<sup>128, 129</sup>



## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### CONCLUSIES

Opvallend zijn de huidige signalen over een tekort aan personeel en moeite met opschaling. De conclusie uit het artikel 'De Ja-knikkers van Hugo' en het onderzoek naar de indicatoren laat zien dat veel nog onbekend is en er op veel punten niet iets te zeggen is over de kwaliteit. Dit geeft een heel ander beeld dan de verschillende onderzoeken naar de capaciteit en het functioneren van de GGD'en (onder andere uitgevoerd binnen het stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid).

Uit het onderzoek 'GGD'en in beeld' blijkt onder andere dat alle GGD'en de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg) goed kunnen uitvoeren. En dat zij goed ingericht zijn op veranderende omstandigheden en innovatie.

Overigens is opvallend dat de IGZ (in 2016)<sup>130</sup> tevens concludeert dat er nog steeds druk kan ontstaan op een GGD wanneer zich meerdere calamiteiten tegelijk voordoen of wanneer er ontwikkelingen zijn (zoals activiteiten op het terrein van zoonosen en antibioticaresistentie) waardoor er soms langdurig extra inzet gevraagd wordt en dat daardoor opnieuw kwetsbaarheden kunnen ontstaan. Een conclusie die minister Schippers niet noemt in haar brief en waar ze geen vervolg aan geeft.

Uit ons onderzoek blijkt het volgende.

- GGD'en kunnen onvoldoende proactief handelen, door gebrek aan personeel. Dit geldt met name voor de medische milieukunde en infectieziekten.
- Basishnormen worden niet gehaald in een aantal gevallen, zoals de Medische Milieukunde MMK en Infectieziekten. De beschermingstaken van pijler 2 zijn kwetsbaar.
- De meldingen en analyse van clusters infectieziekten zijn ondermaats. De voorbereiding op grootschalige uitbraken moet verder worden versterkt.
- Er bestaan geen normen voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), gezondheidsbevordering en leefstijl, terwijl deze taken van de GGD onvoldoende ontwikkeld zijn.
- Er bestaat een ingewikkelde bestuurlijke constructie tussen landelijke overheid, gemeenten en veiligheidsregio's.
- Jarenlange onvoldoende aandacht voor de taken van de GGD hebben geleid tot te weinig middelen voor de GGD'en zodat een goede uitvoering van hun taken op een aantal terreinen in het geding is.

### WAT IS ER LANDELIJK NODIG AAN EXTRA MIDDELEN EN MENSEN OM CRISISBESTENDIG TE ZIJN?

Het aantal fte voor medische milieukunde en Infectiepreventie ligt (volgens de laatste onderzoeken) onder het waakvlamniveau. Zo'n 25 fte voor infectiepreventie. En bij medische milieukunde zeker iets van 30 fte – uitgaande van de cijfers dat het aantal fte op 80 fte (2013 en 2015) en 110 Nederland breed wordt geschat terwijl de formatierichtlijn 135 fte is.

Voor sociaal geneeskundigen adviseert het Capaciteitsorgaan dat er tot 2024 per jaar 632-675 fte wordt opgeleid per profiel en specialisme, om de capaciteit op peil te houden. Dit is echter breder dan alleen de GGD en betreft bijvoorbeeld ook donorartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Als alleen al deze drie specialismen van het totaal worden afgetrokken dan houdt je een advies van 295-322. De arts infectieziektebestrijding is onderdeel van dit advies met een bandbreedte van 12-14 bij de M&G+ arts infectieziektebestrijding en 15-17 bij de arts infectieziektebestrijding.

Tabel 1: Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan 2019 per profiel en specialisme

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Bedrijfsarts	250	260
Verzekeringsarts	70	75
M&G zonder profiel	14	16
M&G + arts beleid en advies	13	13
M&G + arts indicatie & advies	3	3
M&G + arts infectieziektebestrijding	12	14
M&G + arts tuberculosebestrijding	2	2
M&G + donorarts	1	1
M&G + forensisch arts	11	11
M&G + jeugdarts	43	48
M&G + medisch milieukundige	2	2
Arts beleid en advies	15	15
Arts indicatie & advies	7	7
Arts infectieziektebestrijding	15	17
Arts tuberculosebestrijding	2	2
Donorarts	17	18
Forensisch arts	41	43
Jeugdarts	111	125
Medisch milieukundige	3	3
<b>Totaal</b>	<b>632</b>	<b>675</b>

## AANBEVELINGEN

In het voorliggende rapport zijn de ontwikkelingen van de GGD'en over de afgelopen jaren beschreven. Ook is gekeken naar de huidige stand van zaken en de capaciteit in vergelijking met de taken die de GGD heeft. Op basis van deze analyses doen we de volgende dertien aanbevelingen.

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

De afgelopen maanden is door de corona-crisis de druk op de GGD'en flink toegenomen. Al snel werd duidelijk dat er eigenlijk niemand was die namens alle GGD'en kon spreken in het geval van een dergelijke uitbraak, onder andere omdat de GGD'en onder de verantwoordelijkheid van alle verschillende gemeenten vielen. Ook werd al snel duidelijk dat opschaling nodig was en dat dit een zware klus was. Er was geen crisisteam, geen flexibele schil om snel op te kunnen schalen of een duidelijke landelijke aanpak voor een dergelijke grote crisis. Er dient dan ook een landelijke crisisinfrastructuur opgebouwd te worden, waarin een crisisteam wordt geformeerd dat snel kan handelen met zeggenschap namens alle GGD'en. Ook moet binnen deze infrastructuur een flexibele schil worden gerealiseerd zodat opschaling in de toekomst wanneer nodig snel kan plaatsvinden.

Bij infectieziektebestrijding moet naast de reguliere capaciteit (gefinancierd door gemeenten) schakelcapaciteit komen, gefinancierd door het Rijk. Die schakelcapaciteit bestaat nu slechts uit 7 Regionaal Arts Consulents.

### 2. Niet bezuinigen maar investeren

Financierende partijen, zowel de landelijke politiek als de gemeenten, mogen niet langer bezuinigen op gemeentelijke budgetten en het GGD-budget maar moeten investeren. Nu wordt duidelijk dat de GGD'en al snel tegen hun grenzen aanlopen, terwijl zij onmisbaar zijn. Daarnaast is preventie van groot belang en is de GGD daarbij een belangrijke partij. Nu kunnen de GGD'en eigenlijk niet anders dan prioriteren. Investeer ruim meer dan op dit moment gebeurt.

### 3. Financiering landelijk in plaats van via gemeenten, bijvoorbeeld via een preventiefonds. Budget wordt langjarig vastgelegd en bepaald aan de hand van bevolkingssamenstelling en te leveren prestaties.

Een extra investering in de GGD'en is essentieel, maar het kan niet van de gemeenten gevraagd worden om deze extra kosten op te hoesten. De gemeenten zitten al te krap in hun 'financiële hemd', een extra investering zou zeer waarschijnlijk ten koste gaan van andere (ook belangrijke) taken. Het instellen van een preventiefonds wordt dan ook aangeraden. Een preventiefonds kan al op korte termijn worden gerealiseerd. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (nu RVS) spreekt bijvoorbeeld over 1% van de premiemiddelen.<sup>131</sup> Om te bepalen welk budget, langdurig, nodig is

dient een deltaplan opgesteld te worden, vergelijkbaar met het deltaplan Waterveiligheid. Het budget voor gemeenten kan worden vastgesteld op basis van bevolkingssamenstelling van die gemeente en geormerkt.

#### **4. Capaciteit afgesteld op taken en preventie: zorg voor voldoende capaciteit, investeer in opleiding van professionals<sup>132</sup>, stel normen vast én voldoe hieraan.**

Dat de GGD'en op dit moment vastlopen door al de extra taken is duidelijk. Verrassend is het echter nauwelijks. De afgelopen jaren is het aantal fte afgenomen en hebben gemeenten jaarlijks aan de GGD gevraagd of ze niet met minder budget hun taken kunnen vervullen. Vanaf nu dient dan ook te gelden, géén extra taken als dit niet gepaard gaat met extra fte en budget.

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

#### **5. Een evaluatie van de Wet publieke gezondheid en op basis van de resultaten een vervolg op het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid**

De Wet publieke gezondheid is in 2008 vastgesteld. Tot op heden is er geen grondige evaluatie van deze wet geweest. Van 2014 tot en met 2017 heeft het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid gelopen. Zoals onder aanbeveling 4 aangegeven, was het programma budgetneutraal. Het programma had onder andere tot doel de effectiviteit van de publieke gezondheid te vergroten, het verstevigen van het fundament van de GGD'en en het versterken van de relatie tussen de publieke gezondheid en het sociaal domein.<sup>133</sup> Duidelijk is dat op al deze punten nog verdere verbeteringen mogelijk en nodig zijn. Een vervolg op het stimuleringsprogramma wordt dan ook aanbevolen, dit vervolg dient niet budgetneutraal te worden uitgevoerd. De exacte invulling van dit programma zal mede bepaald worden door een evaluatie van de Wpg.

#### **6. Bestuurlijke verantwoordelijkheid van de minister in de Wpg bij A-ziekten. Maak helder wat wordt verstaan onder bestuurlijke verantwoordelijkheid en realiseer een sterke rol voor de directeur Publieke Gezondheid in de regio.**

Al snel werd covid-19 op de zogenaamde A-ziekten-lijst geplaatst (de Wpg). Desondanks lag veel verantwoordelijkheid bij de Veiligheidsregio's en niet bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit maakt besluitvorming erg ingewikkeld. De minister dient meer verantwoordelijkheid te krijgen in de aanpak van infectieziekten. Onderzocht moet worden waar welke verantwoordelijkheden dienen te liggen. In crisissituaties dient de bestuurlijke verantwoordelijkheid direct bij de minister te worden gelegd. In de Wet publieke gezondheid staat dat VWS verantwoordelijk is voor het stelsel, dus voor de doelmatigheid en kwaliteit van de publieke gezondheid (art. 3.1). Maar wat houdt dat concreet in als het gaat om de diverse taken?<sup>134</sup>

Realiseer daarnaast een regionale regierol voor de directeur Publieke Gezondheid in de regio. De DPG kan een sterke rol hebben als onafhankelijk adviseur over maatregelen. De rol van DPG is in 2012 in de Wpg gekomen maar heeft tot op heden onvoldoende invulling gekregen.

#### **7. GGD in beeld: betrekken bij Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)**

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

het vorige onderzoek uit 2017. Het is zinvol om de VTV, die vierjaarlijks verschijnt, te combineren met een update van het beeld van de GGD'en.

In onderzoek naar de kosten van lokale publieke gezondheidszorg wordt aanbevolen om de kosten van gemeenten voor de publieke gezondheidszorg verder en gedetailleerder onder de loep te nemen. Dit zal ook onderdeel zijn van dit beeld.<sup>135</sup>

### **8. Afrekenbaar**

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

### **9. Benchmark**

Qua taken, omvang en budgetten verschillen de GGD'en onderling. De kans is groot dat er (mede daardoor) ook grote verschillen bestaan in behaalde resultaten of effectiviteit. Een dergelijke onderlinge vergelijking moet regelmatig worden gemaakt, zodat GGD'en van elkaar kunnen leren en zelf kunnen beoordelen welke verbeteringen mogelijk zijn. Het onderzoek GGD benchmarkresultaten<sup>136</sup> dient dan ook regelmatig herhaald te worden. Een dergelijke benchmark is niet bedoeld om GGD'en die laag scoren te bestraffen maar om deze GGD'en extra ondersteuning te bieden.

### **10. Toetsen wetten en voorstellen op effecten sociaaleconomische gezondheidsverschillen**

Wie werkelijk het gezondheidsgat wil verkleinen zal vanaf nu elke maatregel en elk beleidsvoorstel van het kabinet moeten toetsen op de effecten op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dat heeft verregaande consequenties.

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

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

Daarnaast dient de jeugdgezondheidszorg specifiek hierin benoemd te worden als uit te voeren door de GGD'en. Het is nu zo omschreven dat de gemeenten programma's moeten bevorderen, maar er staat niet dat de GGD er ook uitvoering aan moet geven. Zodoende is er geen veldnorm en valt deze taak derhalve bijna helemaal buiten de gemeenschappelijke regeling, dus niet structureel voor de regio maar meer projectmatig per gemeente. Dat klinkt als maatwerk maar is in de praktijk vooral kleinschalig.

### **12. Geef de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg weer een plek in de Wet publieke gezondheid**

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

Voeg aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe

### **13. Voeg aan het takenpakket van de jeugdgezondheidszorg een aantal taken toe**

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

## BIJLAGE: UITWERKING VAN DE VIER PIJLERS

### 1. MONITORING, SIGNALERING, ADVISERING. WAARONDER DE VOLGENDE ZAKEN VALLEN.

- Het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, gebaseerd op epidemiologische analyse (art. 2, 2a).
- Het elke vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie; dit voorafgaande aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 13, tweede lid, (art. 2.2b).<sup>436</sup>  
Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (artikel 2, 2c).
- Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst (artikel 16).

### 2. UITVOERENDE TAKEN GEZONDHEIDSBESCHERMING. WAARONDER DE VOLGENDE TAKEN.

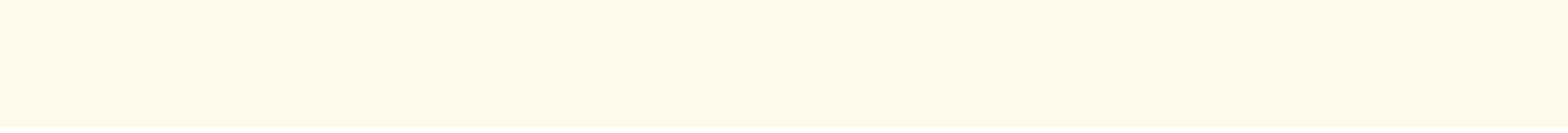
- Infectieziektebestrijding, waaronder bestrijding tuberculose en soa's.
- Technische hygiënezorg.
- Medische milieukunde.
- Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers.

### 3. PUBLIEKE GEZONDHEID BIJ INCIDENTEN, RAMPEN EN CRISES.

- Het 'bevorderen van psychosociale hulp bij rampen' (art. 2 g Wpg). Voor psychosociale hulpverlening bij (kleinschalige) incidenten is geen wettelijke basis, maar de GGD heeft, vanuit de verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid, een taak ten aanzien van de coördinatie van hulpverlening. Dit is het geval als de reguliere zorg in het gedrang komt of dreigt te komen en vanwege collectieve preventie. Ook adviseert en ondersteunt de GGD, vanuit zijn publieke taak, de gemeenten bij het omgaan met maatschappelijke onrust en (het risico op) verstoring van de openbare orde en veiligheid.
- In het Besluit publieke gezondheid staat (artikel 2, lid 1) dat de gemeente zorg draagt voor het via onderzoek verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van degenen die door een crisis worden getroffen.
- De voorbereiding op de bestrijding van infectieziekten waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat (art. 6-10 Wpg).
- Het veiligheidsbestuur stelt in overeenstemming met het algemeen bestuur van de GGD dát deel van het crisisplan vast, dat betrekking heeft op de onderdelen van de publieke gezondheid en de geneeskundige hulpverlening (art. 8.3 Wpg).
- In het Besluit publieke gezondheid (art 2, lid 3) staat dat de gemeente de bevolking moet adviseren over risico's, inclusief gezondheidkundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij crises of dreiging van crises.

### 4. TOEZICHT HOUDEN, OP TECHNISCHE HYGIËNEZORG, SEKSINRICHTINGEN, EVENEMENTEN, SCHEPEN, KINDEROPVANG, WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING.





## EINDNOTEN

- 1 <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/05/22/de-ouder-kindrelatie-en-jeugdtraumas>
- 2 <https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/basispakket-jgz/> Het gaat om preventie voor alle kinderen in het kader van de Wpg. Het gaat hierbij om het consultatiebureauwerk en het monitoren, signaleren en screenen van onze kinderen en jongeren tot 18 jaar. Dit niet te verwarren met de jeugdzorg uit de Jeugdwet. Deze wet regelt de verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen en jongeren (jeugdigen) en hun ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.
- 3 [https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email)
- 4 <https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-ggden-operationele-slagkracht-missen/>
- 5 <https://www.groene.nl/artikel/preventie-raakt-lelijk-uitgekleed>
- 6 <https://www.zorgvisie.nl/waarom-de-ggden-operationele-slagkracht-missen/>
- 7 Tweedeling en de gevolgen voor de gezondheid. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen en het overheidsbeleid in Nederland. SP, maart 1994
- 8 <https://joop.bnnvara.nl/opinies/ongelijkheid-gezondheid-willen-we-er-echt-iets-aan>
- 9 <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>
- 10 <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2019/meer-geld-voor-preventie-in-zorgverzekering>
- 11 <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751020.pdf>
- 12 <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-020-00258-8> Nederlandse preventieuitgaven onder de loep. Paul F. van Gils, Anita W.M. Suijkerbuijk, Johan J. Polder, G. Ardine de Wit & Marc Koopmanschap TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen volume 98, pages92–96(2020)
- 13 <https://www.groene.nl/artikel/de-ja-knikkers-van-hugo>
- 14 <https://www.groene.nl/artikel/we-zitten-in-een-spagaat>
- 15 Conclusies werden weersproken door de minister in zijn antwoorden op schriftelijke vragen over dit artikel. De totale gemeentelijke kosten van de publieke gezondheidszorg bedroegen in 2016 naar schatting 835 miljoen euro. Het totale budget van GGD'en bedraagt ongeveer 820 miljoen euro
- 16 [https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email)
- 17 32620-167
- 18 [http://www.kamg.nl/wp-content/uploads/2016/07/Opleidingen\\_publieke\\_gezondheidszorg.pdf](http://www.kamg.nl/wp-content/uploads/2016/07/Opleidingen_publieke_gezondheidszorg.pdf)
- 19 Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 20 <https://www.ggdwn.nl/organisatie/>
- 21 <https://www.archieven.nl/nl/zoeken?mivast=0&mizig=210&miadt=59&miaet=1&micode=0397-01&minr=950018&miview=inv2>
- 22 <https://www.ggd.amsterdam.nl/ggd/organisatie/ggd/>
- 23 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627
- 24 [https://nl.wikipedia.org/wiki/Gemeentelijke\\_gezondheidsdienst](https://nl.wikipedia.org/wiki/Gemeentelijke_gezondheidsdienst)
- 25 In de Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid (augustus 2014) worden enkele taken van de GGD voor het eerst benoemd als 'de vier pijlers'.
- 26 Zie bijlage 1 voor een nadere uitwerking van de verschillende taken binnen de pijlers
- 27 Voor een volledig overzicht van de taken uitgevoerd per GGD, zie de bijlage bij het onderzoek naar het takenpakket van GGD'en in Nederland: 2017D24974
- 28 32620-166
- 29 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 30 Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 31 De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Efficers Felix (juni 2017).
- 32 Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 33 Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 34 Eindrapport Andersson Efficers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 35 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2020-07-01>. De definitie van publieke gezondheidszorg in de Wpg is: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.
- 36 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 37 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 38 Lokaal gezondheidsbeleid: landelijke inventarisatie 2017. Inhoud en uitvoering van preventief gemeentelijk beleid. Cebeon, augustus 2017.
- 39 De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Efficers Felix (juni 2017).
- 40 Rapport 'Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden'. GGD-GHOR
- 41 [https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email)
- 42 32620-132

- 43 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 44 Zie voor de voortgang van programma de kamerstukken: 32620-166, 32620-167, 32620-231 en 32620-277
- 45 32620-231
- 46 32620-277
- 47 Indicatorenset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg: ontwikkeling compacte set en duiding – samenvatting- RIVM 2017.
- 48 <https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>
- 49 <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>
- 50 <https://www.volkskrant.nl/cultuur-media/arme-mensen-gaan-zes-jaar-eerder-dood-waarom-doen-we-daar-niets-aan~b34e97d06/>
- 51 <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?fromstatweb>
- 52 <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>
- 53 <https://adviezen.raadrsvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- 54 <https://www.sp.nl/ opinie/jan-marijnissen/1970/gezondheidsverschillen-vereisen-tegenoffensief-kabinet>
- 55 <https://www.knaw.nl/nl/leden/leden/8242>
- 56 Ongelijkheid en gezondheidsverschillen. Wat gaan we er aan doen? SP, Rotterdam, 10-12-2016
- 57 [https://www.sp.nl/sites/default/files/twaalfpuntenplan\\_verkleining\\_segv.pdf](https://www.sp.nl/sites/default/files/twaalfpuntenplan_verkleining_segv.pdf)
- 58 Congresverslag tweedeling en de gevolgen voor de gezondheid. 25 maart 1994, Rotterdam
- 59 <https://www.volkskrant.nl/cultuur-media/arme-mensen-gaan-zes-jaar-eerder-dood-waarom-doen-we-daar-niets-aan~b34e97d06/>
- 60 <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/02/29/gezondheid-breed-op-de-agenda>
- 61 Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013. Pagina 21.
- 62 <https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>
- 63 Kosten van de lokale publieke gezondheidszorg in verband. Een kwantitatief onderzoek naar de kostenstructuur van de publieke gezondheidszorg in Nederlandse gemeenten 2008-2016 (<https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>)
- 64 Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013
- 65 Rapport publieke gezondheid borgen GGD GHOR Nederland 2016.
- 66 <https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>
- 67 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627
- 68 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2019/09/17/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2020>
- 69 [https://www.rijksbegroting.nl/2020/voorbereiding/begroting.kst264855\\_16.html](https://www.rijksbegroting.nl/2020/voorbereiding/begroting.kst264855_16.html)
- 70 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2019/09/17/xv-sociale-zaken-en-werkgelegenheid-rijksbegroting-2020>
- 71 <https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>
- 72 [https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email)
- 73 <https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>
- 74 De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Elffers Felix (juni 2017).
- 75 Meerkosten voor GGD'en ten gevolge van corona. Eerste indicatie van kosten op landelijk niveau. Andersson Elffers Felix, 5-8-2020
- 76 <https://vng.nl/publicaties/publieke-gezondheid-borgen>
- 77 [https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?kosteneffectiviteit-van-de-jeugdgezondheidszorg&kb\\_id=10386](https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?kosteneffectiviteit-van-de-jeugdgezondheidszorg&kb_id=10386)
- 78 Ook blijkt uit dit onderzoek dat de onderzochte JGZ-interventies circa 5,6 miljard euro opleveren. Het positieve resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt daarmee 5,2 miljard euro per jaar (de baten van de niet-geanalyseerde interventies buiten beschouwing gelaten). Ofwel: iedere euro die jaarlijks in de JGZ wordt geïnvesteerd, levert 11 euro op. Alle inwoners van Nederland hebben één jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de jeugdgezondheidszorg. Voor andere GGD-taken is een dergelijk kostenbatenonderzoek niet beschikbaar.
- 79 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627.
- 80 Eindrapport Andersson Elffers Felix, Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. 2-12-2013.
- 81 Rapport publieke gezondheid borgen GGD GHOR Nederland 2016.
- 82 De GGD in beeld, een onderzoek naar taken, mensen en middelen van GGD'en. Andersson Elffers Felix (juni 2017).
- 83 <https://www.ggdgv.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Benchmark-GGDen-2017.pdf>
- 84 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627.
- 85 Jambroes M, Essink-Bot ML, Plochg T, Stronks K. Capaciteit van de beroepsgroepen in de publieke gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4529.
- 86 [https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm\\_campaign=shared\\_earned&utm\\_medium=social&utm\\_source=email](https://www.trouw.nl/binnenland/help-de-ggd-verzuipt-de-coronacrisis-legt-de-kwetsbaarheid-van-de-ggd-s-bloot~ba8b34cb/?utm_campaign=shared_earned&utm_medium=social&utm_source=email)
- 87 De ja-knikkers van Hugo, De Groene Amsterdammer, 10-6-2020

- 88 Zie paragraaf over het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid
- 89 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 90 <https://www.skipr.nl/nieuws/personeelstekort-en-bestuurlijke-ruis-bemoeilijken-werk-ggden/>
- 91 <https://www.nationalezorggids.nl/zorgpersoneel/nieuws/30385-personeelstekort-ggd-dreigt-bestrijding-infectieziekten-ondersdruk.html>
- 92 Het betreft de 4-jarige opleiding tot sociaal-geneeskundige. Er wordt onderscheid gemaakt tussen bedrijfsartsen & verzekeringsartsen en artsen maatschappij en gezondheid. Wie een profielopleiding heeft afgerond, kan de opleiding vervolgen met een tweedefase-opleiding. <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-nederlandse-publieke-gezondheidszorg-10-kerntaken-en-een-nieuwe-definitie/volledig>
- 93 <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-sociale-geneeskunde/#!search>
- 94 Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen. Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen.
- 95 Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4: Sociaal geneeskundigen (arbeid & gezondheid en maatschappij & maatschappij en gezondheid). Profielartsen Maatschappij en Gezondheid.
- 96 Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4: Sociaal geneeskundigen (arbeid & gezondheid en maatschappij & maatschappij en gezondheid). Profielartsen Maatschappij en Gezondheid.
- 97 In brief 29282-255 staat de aanpak van Schippers.
- 98 Capaciteitsplan 2021-2024. Deelrapport 4: Sociaal geneeskundigen en Maatschappij en Gezondheid.
- 99 Capaciteitsplan 2008 voor de medische, vervolgoopleidingen infectieziektebestrijding. Capaciteitsorgaan
- 100 Rapport Publieke gezondheid borgen: een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD-GHOR, 2016
- 101 <https://www.rivm.nl/herziening-visi-normering-formatie-algemene-infectieziektebestrijding>
- 102 <https://www.zorgvisie.nl/infectieziektebestrijding-staat-al-tien-jaar-op-waakvlam-niveau/>
- 103 <https://www.kncvabc.org/kb/10-5-veldnorm-voor-sociaal-verpleegkundigen-werkzaam-in-de-tbc-bestrijding/>
- 104 <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=11142&m=1355308896&action=file.download>
- 105 <http://docplayer.nl/12348095-Eindrapport-kwaliteit-en-quantiteit-van-beroepsbeoefenaren-werkzaam-in-de-medisch-milieukundige-zorg-in-nederland.html>
- 106 Standpunt formatierichtlijn medische milieukundige zorg
- 107 NPHF, Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland, 2015
- 108 <https://www.lnaz.nl/oto/kwaliteitskader-crisisbeheersing-en-oto-2.0>
- 109 <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2013/04/25/forensische-geneeskunde-ontleed-naar-een-volwaardige-plaats-voor-een-bijzondere-discipline>
- 110 Voor een totaal beeld op het toezicht door de ggd'en zie: <https://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheid-borgen/publicaties/publicatie/15131-toezicht-op-publieke-gezondheid-een-verkenning-naar-de-rol-van-de-ggd>. Voor de verschillen in toezicht tussen ggd'en zie: <https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/verschillen-in-ggd-toezicht-in-kaart-gebracht>
- 111 <https://www.igj.nl/onderwerpen/infectieziekten/documenten/rapporten/2020/07/16/toezicht-infectiepreventie-en-regionale-zorg-netwerken-antibioticaresistentie>
- 112 [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tXzo\\_eYIE98J:https://edepot.wur.nl/140591+&cd=4&hl=nl&ct=clnk&gl=nl&client=firefox-b-e](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tXzo_eYIE98J:https://edepot.wur.nl/140591+&cd=4&hl=nl&ct=clnk&gl=nl&client=firefox-b-e)
- 113 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/nds-vws0400857-b1.pdf>
- 114 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30300-XVI-26-b1.pdf>
- 115 <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GOVIA6rJxRcJ:https://www.ggdghorkennisnet.nl/%3Ffile%3D1086%26m%3D1310630186%26action%3Dfile.download+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl&client=firefox-b-e>
- 116 <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/05/06/infectieziekte-en-tuberculosebestrijding-bij-GGD'en-op-orde-maar-kwetsbaar/infectieziekte-en-tuberculosebestrijding-bij-GGD'en-op-orde-maar-kwetsbaar.pdf>
- 117 <https://www.nieuwsszw.nl/inspectie-positief-beeld-over-uitvoering-toezicht-op-de-kinderopvang/>
- 118 <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/06/24/inspectie-volgt-testen-en-bron--en-contactonderzoek-door-ggd%E2%80%99en>
- 119 <http://www.vozmagazine.nl/vozmagazine/2015-jul-inh/mobile/index.html#p=9>
- 120 32793-277
- 121 32620-182
- 122 [https://www.skipr.nl/nieuws/preventie-infectieziekten-is-bestuurlijk-verweesd/?daily=1&utm\\_medium=email&utm\\_source=20201012%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm\\_campaign=NB\\_SKIPR&tid=TIDP646792XF6E108BE6173415BB4BA5D60AF6A13AEYI4](https://www.skipr.nl/nieuws/preventie-infectieziekten-is-bestuurlijk-verweesd/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20201012%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm_campaign=NB_SKIPR&tid=TIDP646792XF6E108BE6173415BB4BA5D60AF6A13AEYI4)
- 123 Rapport 'Publieke gezondheid en Veiligheid verbonden'. GGD-GHOR.
- 124 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627
- 125 <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2016/11/3/vervolgonderzoek-ggd-infectieziektenbestrijding>
- 126 <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-sociale-geneeskunde/>
- 127 Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen. Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen.
- 128 <https://www.zorgvisie.nl/infectieziektebestrijding-staat-al-tien-jaar-op-waakvlam-niveau/>

- 129 <https://www.skipr.nl/nieuws/nederlandse-zuinigheid-stelt-ggden-voor-onmogelijke-opgave/>
- 130 Brief IGZ 'Onderzoek naar stand van zaken GGD'en', kenmerk: 2016-1344627
- 131 Preventie van welvaartsziekten, effectief en efficiënt georganiseerd. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011.  
<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2011/12/13/preventie-van-welvaartsziekten>
- 132 Manifest Oog voor Preventie, Paul van der Velpen DPG Amsterdam Amstelland, januari 2016
- 133 32793/32620-277
- 134 Manifest Oog voor Preventie, Paul van der Velpen DPG Amsterdam Amstelland, januari 2016
- 135 <https://kennisopenbaarbestuur.nl/rapporten-publicaties/kosten-van-de-lokale-publieke-gezondheidszorg-in-verband/>
- 136 Deze verplichting zet gemeenten ertoe aan het belang van de publieke gezondheid expliciet te verankeren in lokaal beleid. Zie voor een verdere analyse van het lokaal gezondheidsbeleid het rapport: Lokaal gezondheidsbeleid: landelijke inventarisatie 2017. Inhoud en uitvoering van preventief gemeentelijk beleid. Cebeon, augustus 2017.



