

## Bespreeknotitie begeleidingscommissie 29-03-21

### Introductie

De COVID-19 crisis, de bestrijding en de gezondheids- en maatschappelijke gevolgen daarvan onderstrepen de noodzaak voor een versterking van de publieke gezondheid. De afgelopen jaren is het belang van preventie steeds groter geworden en zijn onder andere met het Preventieakkoord belangrijke stappen gezet. Tegelijkertijd is duidelijk dat voor een toekomstbestendige publieke gezondheid meer nodig is.

De opdracht is daarom te komen tot verbetervoorstellen voor de governance van de publieke gezondheid en specifiek de rol van de GGD'en, in relatie tot het ministerie van VWS en het RIVM. Zowel waar het de directe landelijke aansturing van de GGD'en bij de bestrijding van categorie A-infectieziekten betreft als de mogelijke rol van de GGD bij preventie/gezondheidsbevordering.

In deze notitie wordt eerst een verdieping gegeven op de probleemanalyse, vervolgens schetsen we een aantal eerste denkrichtingen voor mogelijke scenario's. Deze notitie is tot stand gekomen op basis van de input uit de eerste begeleidingscommissie, de ambtelijke werkgroep, de analyse van relevante notities en gesprekken met inmiddels 23 personen, er volgen nog gesprekken met rond de 20 personen. De volgorde van de gesprekken is grotendeels afhankelijk van de beschikbaarheid van onze gesprekspartners. Dat betekent dat nog niet alle informatie van alle perspectieven op dit moment voldoende beschikbaar is of verwerkt is. Zo vinden nog gesprekken plaats met onder andere artsen infectieziektebestrijding, huisartsen, zorgverzekeraars en directeurs sociaal domein van gemeenten. Deze notitie is daarmee bij uitstek een tussenstap. Het betekent ook dat de focus in deze notitie nu nog meer ligt op het thema van de bestrijding van infectieziekten en minder op preventie. Dat thema zal in het vervolg van het traject nog specifieke aandacht krijgen.

De focus in deze notitie ligt op mogelijke verbeterpunten in de governance van de publieke gezondheid en specifiek de rol van de GGD'en. Dat betekent automatisch dat er meer aandacht is voor die aspecten waarvan (meerdere) betrokkenen vinden dat verbetering wenselijk en/of mogelijk zou zijn. De notitie is niet opgezet als beoordeling van de inzet van de betrokken partijen in de publieke gezondheid, en specifiek de GGD'en. Het is duidelijk dat alle betrokken partijen en individuele medewerkers de afgelopen periode zeer hard gewerkt hebben in de bestrijding van COVID-19 en veel dingen zijn heel goed gegaan.

### Verdieping probleemanalyse

Het belang van versterkte aandacht voor de publieke gezondheid en preventie wordt door iedereen in de gesprekken onderschreven. Ook in het overzicht van de reacties op de discussienota 'Zorg voor de toekomst' wordt het belang van preventie onderstreept. Het wettelijk vastleggen van concrete taken en verantwoordelijkheden wordt onderschreven 'door een groot aantal partijen, waarbij ook expliciet de rol van de GGD wordt genoemd. Over de GGD (vaak in combinatie met JGZ genoemd) wordt gezegd dat deze een logische rol hebben in de publieke gezondheidszorg, ook met het oog op de regionale aanpak.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Verslag van de consultatie van de Discussienota Zorg voor de Toekomst

Om te komen tot een versterking van de publieke gezondheid is het van belang breder te kijken dan alleen de governance. Vanuit de verschillende perspectieven die we gesproken hebben wordt onderschreven dat op diverse aspecten van de governance verbeteringen mogelijk zijn, tegelijkertijd wordt ook benadrukt dat er ook andere aspecten van groot belang zijn.

Uit de gesprekken die we tot nu toe hebben gevoerd komen een viertal meer algemene thema's naar voren waar bij de verdieping van de probleemanalyse en het ontwerp van verbetervoorstellen rekening mee gehouden dient te worden.

- De noodzaak om de publieke gezondheid (zowel infectieziektebestrijding als preventie) te versterken en de wenselijkheid dat een nieuw kabinet daar stappen in zet wordt breed gedeeld. In het kader van deze opdracht hebben wij ons specifiek gericht op een aantal onderdelen van de publieke gezondheid, niet op alle onderdelen. Er is consensus over een aantal aspecten van de problematiek. Tegelijkertijd wordt ook onderstreept dat de COVID-crisis nog niet voorbij is en dat het nu nog niet mogelijk is alle relevante lessen en ervaringen te trekken uit deze crisis, hoe deze bestreden is en wat dit betekent voor de toekomst. Er zullen verschillende evaluaties volgen, waarbij er ook naar internationale ervaringen zal worden gekeken en het is niet mogelijk noch wenselijk om nu al eensluidende conclusies te trekken. Dit betreft niet alleen evaluaties van de COVID-19 crisis onder andere door de Onderzoeksraad voor Veiligheid, maar ook relevante andere evaluaties, zoals de recente evaluatie van de Wet Veiligheidsregio's. Ook internationaal zijn ontwikkelingen te verwachten bijvoorbeeld rondom de International Health Regulations en initiatieven vanuit de EU. Aangegeven wordt dat voorkomen zou moeten worden dat er nu 'rigoureuze' conclusies worden getrokken of maatregelen worden genomen die na verloop van tijd toch niet de meest optimale blijken. Juist ook omdat crisissen zich nooit exact op dezelfde wijze zullen herhalen vraagt dat flexibiliteit en lerend vermogen en moet voorkomen worden dat er oplossingen komen gericht op 'een vorige crisis'.
- Een deel van de problematiek in de organisatie van de publieke gezondheid is niet beperkt tot alleen de publieke gezondheid. Een breder en onderliggend probleem is wat wel de versnippering van het totale gezondheidssysteem wordt genoemd. Partijen (in preventie, cure en care) en deelsystemen zijn elk volgens een eigen rationaliteit georganiseerd en dat maakt eenduidige en/of landelijke sturing in de breedte tot een probleem. Er is soms sprake van verschillende en tegenstrijdige rationaliteiten, wat het gezamenlijke acteren ten behoeve van een breder publiek of maatschappelijk belang kan bemoeilijken of verhinderen. Er is een spanning tussen het individuele en collectieve en wat dat voor solidariteit betekent. En er is spanning tussen publieke en private belangen. Deze onderliggende spanning en problematiek kan niet worden opgeheven door enkel eventuele verbeteringen in de organisatie van de publieke gezondheid.
- In de (publieke) gezondheidszorg zijn er altijd een tweetal sturings- en samenwerkingslijnen te onderscheiden. De professionele lijn en de verantwoordelijkheden voor (individuele) professionals en de bestuurlijk-organisatorische lijn. Mede op basis van de gesprekken die de komende periode nog worden gevoerd zal dit thema nog verder worden uitgewerkt.
- Waar de gesprekken duidelijk maken dat er een breed gedeelde noodzaak wordt gevoeld voor versterking van de publieke gezondheid, is ook duidelijk dat er op sommige punten verschillen in perceptie zijn van het probleem en de oorzaken, en logischerwijs ook verschillende aangedragen oplossingsrichtingen. Deels lijken dit inhoudelijk verschillende beleidsopvattingen, een deel lijkt ook voort te komen uit onduidelijkheden of verschillende interpretaties over rollen en mogelijkheden van betrokken partijen. Gezamenlijk reflecteren en leren kan mogelijk bijdragen om de verschillen in percepties inzichtelijker te maken en eventueel te verminderen.

In de verdieping van de probleemanalyse zullen we eerst focussen op infectieziekten en vervolgens op preventie. Sommige elementen zullen in beide onderdelen aan bod komen, wat van belang is bij de uitwerking van mogelijke denkrichtingen voor verbeteringen.

### *Infectieziekten*

#### *De kracht en zwakte van de publieke gezondheid*

De publieke gezondheid als geheel was onvoldoende robuust en onvoldoende voorbereid op een pandemie als de huidige. Dat geldt ook voor de GGD'en. De vraag is ook in hoeverre dat mogelijk was gelet op de eerdere risico-inschattingen en de collectief gemaakte keuzes in de afgelopen jaren. Daarnaast waren de verschillen tussen de afzonderlijke GGD'en te groot. De spreekwoordelijke dijk was in zijn geheel onvoldoende hoog.<sup>2</sup>

De aard van deze pandemie (langer, intensiever en met grootschaliger gevolgen dan ooit meegemaakt) maakte dat het systeem als geheel hier niet op voorbereid en niet op ingericht was. Dit uitte zich op verschillende manieren:

- De nadruk bij de inrichting van de uitvoering van de infectieziekten heeft gelegen op de lokale uitvoering van taken met landelijke coördinatie en ondersteuning gericht op het inhoudelijke proces. Er was geen voorziening voor een dussdanig grootschalig, langdurig optreden met veel uitvoerende taken op lokaal en landelijk niveau. De vraag is ook of de Wpg daar voldoende aanknopingspunten voor biedt, die vraag speelt mogelijk ook bij andere wetten als de Wvr.
- Het uitgangspunt voor de lokale infectieziektebestrijding zijn de basistaken<sup>3</sup> infectieziektebestrijding waar ook de IGJ op toetst. Tijdens deze pandemie bleek dat (een deel van) deze taken veel grootschaliger, intensiever en langduriger moesten worden uitgevoerd en dat dat ook eisen stelde aan de infrastructurele randvoorwaarden (bijvoorbeeld ICT systemen). Om dit mogelijk te maken is de coronaprogrammaorganisatie bij GGD-GHOR Nederland gevormd met een direct opdrachtgeverschap vanuit het ministerie van VWS.
- Zeker in de eerste fase van de pandemie is gezocht naar manieren hoe de opschaling van taken als bron- en contactonderzoek, testen en vaccineren het beste georganiseerd en aangestuurd konden worden. Op basis van de Wpg geeft de minister leiding aan de bestrijding en hij werd ook door de Tweede Kamer voortdurend aangesproken op de voortgang van uitvoerende taken. GGD'en zijn individueel verantwoordelijk en hebben ook afzonderlijke beslissingen genomen. Er is veel discussie geweest over hoe in een deze situatie tot eenduidigheid van handelen, snelheid en opschaling gekomen kon worden. Dat het in een situatie als deze noodzakelijk is om tot meer eenduidigheid in uitvoering en aansturing te komen en een grotere uitvoeringsorganisatie te hebben wordt algemeen onderkend. Het beeld is ook dat noch de reguliere structuren van de GGD'en, noch de inhoudelijke coördinatie vanuit het RIVM, noch de verenigingsstructuur van GGD-GHOR Nederland noch het departement noch het LNAZ direct passende aanknopingspunten boden om te komen tot meer eenduidigheid in de aansturing en een grotere uitvoeringsorganisatie. Het is de vraag of aanwijzingsbevoegdheid aan voorzitters veiligheidsregio's vanuit de Wpg hier een oplossing was geweest. Daar bestaan verschillende beelden over, sommige gesprekspartners zijn van mening dat hier meer gebruik van gemaakt had kunnen worden.

<sup>2</sup> Zie ook het IGJ rapport "Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar", 2015

<sup>3</sup> Zijnde surveillance, Wpg-meldingen, preventie, bron- en contactonderzoek, lokaal outbreakmanagement, regie en netwerk, beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling (en organisatie en beheer).

In dit verband lijkt het wenselijk om te komen tot een duidelijker onderscheid tussen de verschillende soorten taken binnen en voortvloeiend uit de infectieziektebestrijding, de publieke gezondheid en de crisisbestrijding en de wijze van sturing daarop. Wij maken voorlopig het volgende onderscheid:

- Inhoudelijke basistaken (als boven beschreven): de GGD'en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan, het CIb/RIVM is verantwoordelijk voor de inhoudelijke standaarden en de inhoudelijke coördinatie. Dit systeem heeft over het algemeen de afgelopen jaren goed gefunctioneerd bij uitbraken van infectieziekten, ook in het geval van introductie van A-ziekten. Dit systeem werkt bij crisissen van meer regionale aard of van kortere duur goed, maar lijkt nu niet aan alle eisen te voldoen bij een langdurige en grootschalige crisis met maatschappelijk kritische keuzes.
- Maatregelen gericht op individuen, gebouwen, goederen, vervoersmiddelen, samenkomsten en dergelijke zoals vastgelegd in Wpg die vrijheden beperken waarbij het gaat om de bevoegdheden van de burgemeester/voorzitter veiligheidsregio. Deze bestuurlijke maatregelen kunnen een onderdeel uitmaken van het proces van de reguliere regionale bestrijding van een outbreak zoals de dat GGD organiseert. De GGD, in casus de arts infectieziektebestrijding, adviseert de burgemeester/voorzitter veiligheidsregio.
- Het organiseren van de medische keten op basis van de Wvr als onderdeel van de GHOR-taken en de afstemming met andere kolommen binnen de crisisbestrijding.
- De bredere maatschappelijke effecten/ impact van infectieziektebestrijdingsmaatregelen. Hoewel dit tot nu toe niet specifiek is gedefinieerd als taak binnen of voortvloeiend uit de infectieziektebestrijding lijkt het ons gelet op de discussie over governance wel van belang dit afzonderlijk te benoemen. Juist om als partners met elkaar te bespreken wat hier wel of niet onder valt en wat dit ook betekent voor sturing.

Wij constateren uit de gesprekken in het kader van deze opdracht dat de afgelopen periode er met name behoefte was aan landelijke sturing op de uitvoering van de meer inhoudelijke basistaken. Juist bij deze inhoudelijke taken ontstaat uit diverse gesprekken het beeld dat dat aanwijzingen aan de voorzitters veiligheidsregio minder geschikt werden geacht gelet op het feit dat het met name om de sturing ging op de inhoudelijke uitvoeringspraktijk en er behoefte was aan een directe lijn tussen het ministerie van VWS en de uitvoering door de GGD'en. De aanwijzingsbevoegdheid wordt ervaren als een mogelijkheid die meer voor de andere (niet inhoudelijke basis-)taken een rol zou kunnen spelen. Hoewel er ook verschillende beelden zijn in hoeverre aanwijzingen aan de voorzitter van de veiligheidsregio voldoende effectief zouden zijn in het sturen op de medische keten, gelet op de organisatiestructuur en verantwoordelijkheden binnen het brede systeem van de gezondheidszorg.

#### *De aard van de organisatie afzonderlijke GGD'en en samenwerkende GGD'en*

In de gesprekken zijn ook nog een aantal specifieke elementen naar voren gekomen met betrekking tot de organisatie van de GGD'en.

- Naast de verschillen tussen GGD'en constateerden veel geïnterviewden dat er te weinig eenduidigheid is in werkwijzen en processen van GGD'en. Soms zijn er verschillen van inzichten tussen DPG'en, de verenigingsstructuur lijkt ten tijde van crisis niet direct een oplossing te bieden om daar een duidelijkere lijn in te krijgen.
- De afgelopen periode zijn er veel landelijke, grootschalige operationele taken door het ministerie van VWS bij GGD-GHOR Nederland als koepelorganisatie belegd. Er bestaat een gedeeld beeld dat er een vorm van landelijke uitvoering nodig is. Er is echter twijfel of dit bij een

koepelorganisatie als GGD-GHOR Nederland kan en behoort te liggen. Dit gelet op de vraag of zo'n uitvoerende rol zich verhoudt tot de rol als koepelorganisatie.

- Naast landelijke uitvoering is het ook van belang lokale inbedding te behouden. Keuzes voor bijvoorbeeld test- of vaccinatielocaties zouden niet landelijk gemaakt moeten worden.
- Bij (versterkte) landelijke sturing behoort ook de noodzaak om vanuit het uitvoerende perspectief goed te adviseren aan bestuur of bestuurlijke wensen en opdrachten uitvoerbaar zijn, aan welke voorwaarden eventueel moet worden voldaan en welke risico's waaraan verbonden zijn. Dit ook in het licht van landelijke discussies in andere domeinen over aandacht voor uitvoerbaarheid van beleid.
- In geval van rechtstreekse sturing op DPG'en is er binnen de huidige context de vraag welke (bestuurlijke) dekking zij hebben op regionaal niveau.
- Borging van de GGD in eigen regio is niet altijd even sterk en er zijn veel discussies (geweest) over de omvang van de financiering. Er zijn verschillende beelden over wat rol van individuele gemeenten moet zijn, ook gelet op de democratische legitimiteit van gemeenschappelijke regelingen.
- De rol van het bestuur van de GGD ten tijde van crisis is niet duidelijk. De bestuurders gaven aan geen behoefte te hebben aan het spelen van een extra rol, tegelijkertijd is het bestuur wel 'eigenaar' van de GGD. Het bestuur wil ondersteuning bieden en ook weten van en betrokken worden bij afwegingen en keuzes en de gevolgen daarvan. Het gaat dan zowel om financiële gevolgen als gevolgen voor andere taken.

#### *Betrokkenheid andere partijen ten tijde van crisis en aandacht voor diverse perspectieven*

- De rol van het CIb/RIVM ten behoeve van de lokale infectieziektebestrijding richt zich nu op de coördinatie van deze bestrijding, de ontwikkeling van de professionele richtlijnen, de vertaling van kennis en de advisering en ondersteuning. De belangrijkste lijn tussen RIVM en GGD'en verloopt via de arts infectieziektebestrijding. Dit is een sterke professionele verbinding. Er lijkt minder sprake van een lijn tussen de GGD'en als organisatie en het RIVM. De grondslag voor de taken van het CIb is niet bij iedereen bekend. Deze verschillende aspecten kunnen tot onduidelijkheden leiden over welke rollen verwacht mogen worden.
- Gesprekspartners geven aan dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor de garantie dat lokaal en landelijk inhoudelijk gezondheids- en medisch-professioneel advies gegeven kan worden en dat helder is wie op welke basis welk besluit kan en mag nemen. Er kunnen, gegronde, redenen zijn om van inhoudelijke adviezen af te wijken, maar het is belangrijk hier zuivere procedures voor op te stellen. Bij versterking van landelijke sturing is het van belang te zorgen voor heldere procedures en taakverdeling.
- Waar er soms onduidelijkheden bestonden over de rol en mogelijkheden van het CIb/RIVM gold dat ook voor andere relevante partners als het ministerie van VWS zelf (en verschillende onderdelen daarbinnen), de veiligheidsregio's en het LNAZ.

#### *Aard van crisissen*

- Crisissen vragen flexibiliteit in opschaling zowel in operationele als bestuurlijke processen – de vraag is waar kan een GGD op terugvallen zowel lokaal (gemeenten), regionaal (Veiligheidsregio) als landelijk?

#### *Preventie*

##### *Afbakening en focus van preventie en gezondheidsbevordering*

De uitkomst van het bestuurlijk overleg van het Rijk, de VNG en Zorgverzekeraars is dat er stevige, niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken dienen te komen tussen de financiers van de

verschillende domeinen over (prioriteiten) in de preventieve aanpak voor risicogroepen. Tevens is afgesproken dat gemeenten een regisserende rol hebben bij de totstandkoming van de regionale infrastructuur ten aanzien van gezondheidsbevordering, waarbij de gemeente – conform de systematiek van de Wpg – de GGD verplicht moet inschakelen. Hiermee wordt de professionele inbreng geborgd en wordt bevorderd dat eerst regionaal gekeken wordt wat gezamenlijk opgepakt kan worden. Dit hoeft overigens lokaal maatwerk niet in de weg te staan. Het RIVM en het bureau AEF werken op dit moment aan projecten gericht op het in beeld brengen van de kosten voor een regionale preventie-infrastructuur respectievelijk mogelijke vormen van financiering van preventie. Op basis van de bekende definities over preventie heeft AEF in dat traject aangegeven dat de focus voor de samenwerking rondom preventie tussen gemeenten en zorgverzekeraars ligt op twee vormen van preventie: de universele preventie gericht op alle inwoners en de selectieve preventie gericht op mensen met een bepaald verhoogd risicoprofiel. Conform de gemaakte afspraken in het bestuurlijke overleggen zien alle betrokkenen op dit terrein ook een rol voor de GGD weggelegd.

Tegelijkertijd is de vraag naar voren gekomen of deze afbakening van preventie niet te smal is. De meeste gezondheidswinst kan gerealiseerd worden buiten het gezondheidsdomein (zoals onderwijs, werk, inrichting leefomgeving, wet- en regelgeving). Dit thema, en de eventuele noodzakelijkheid van 'health in all policies' en de mogelijkheden van het concept van positieve gezondheid komen ook terug in de reacties op de discussienota 'Zorg voor de toekomst'. In de gesprekken is veelal geconstateerd dat een sterkere rol van de GGD'en op het terrein van preventie gerelateerd aan leefstijl als onderdeel van universele en selectieve preventie in ieder geval prioriteit zou moeten hebben. Er zijn verschillende beelden of GGD'en een bredere rol zouden moeten en kunnen spelen en hoe een dergelijke rol zich verhoudt tot die van gemeenten zelf.

#### *Lokale GGD'en en preventie en landelijke borging*

GGD'en variëren erg in de mate waarin en de wijze waarop zij taken rondom preventie uitvoeren. De landelijke en lokale keuzes die de afgelopen jaren gemaakt zijn over preventie en de rol van de GGD en de grote mate van vrijheid hierin liggen ten grondslag aan de huidige situatie. Hierdoor zijn op dit moment volgens sommige gesprekspartners niet alle GGD'en in staat om al een voldoende rol op het terrein op preventie te vervullen en zeker niet in alle gevallen de rol zoals bovenstaand beschreven. Die variatie tussen GGD'en heeft te maken met verschillende factoren zoals de omvang van de financiering, regionale tradities en verschillen in taakverdeling tussen wat een GGD doet en wat de afzonderlijke gemeenten doen.

De gesprekspartners onderstrepen dat het voor succesvolle preventie lokale inbedding en verbinding met een breed scala aan lokale en regionale/ provinciale partijen cruciaal is. Dit betreft zeker partijen in het medische domein maar evenzeer partijen in het sociale, economische en fysieke domein. Dat betekent dat er een nauwe samenwerking is vereist tussen de rol en inzet van de GGD en rollen en inzet van gemeenten en andere lokale partijen. Het bestaande draagvlak voor de wijze en mate van betrokkenheid van de GGD bij preventie verschilt per regio. Voor GGD'en vraagt dat dat er in verschillende rollen moet kunnen worden opgetreden, afhankelijk van de lokale situatie. Een basisrol die de meeste gesprekspartners noemen is die van kennispartner rondom preventie met kennis over de lokale en regionale situatie en factoren die daarbij een rol spelen en over de verschillende mogelijkheden van effectieve preventieaanpakken. Het inbrengen van kennis en expertise staat dan centraal. Daarnaast ziet men ook een logische rol voor de GGD in verbinding met het medische domein, waarbij tegelijkertijd is opgemerkt dat gebruik gemaakt moet worden van lokale contacten die er al zijn (bijvoorbeeld in kleinere gemeenten kan de directe verbinding tussen gemeente en

huisartsen sterker zijn dan die van de GGD met huisartsen op het terrein van infectieziekten). Sommige vullen de rol van de GGD dan in als de partij die het proces uitvoert om tot samenwerkingsafspraken te komen over het aanbod van preventie (preventieketens) in de regionale infrastructuur, onder andere in verbinding met het medische domein. Nadrukkelijk in opdracht van en ondersteunend aan het lokale bestuur. De bestuurlijke bevoegdheid blijft bij de gemeenten.

Om tot een versterkte inzet op preventie te komen wordt er breed gepleit voor een duidelijker omschreven takenpakket voor preventie binnen de Wpg. Over wat de inhoud van een dergelijk pakket zou moeten zijn bestaan nog verschillende beelden, maar er is consensus dat een meer eenduidig landelijke vastgestelde basis noodzakelijk en wenselijk is. Sommigen pleiten voor een duidelijke koppeling aan landelijk vastgestelde inhoudelijke prioriteiten, bijvoorbeeld zoals vastgelegd in het Nationale Preventieakkoord of de belangrijkste thema's uit de Volksgezondheidstoekomstverkenning. Anderen benadrukken dat het meer gaat om het vastleggen van de verplichting om te komen tot een regionale preventieagenda en het benoemen van de coördinerende rol die de GGD zou moeten vervullen. Juist om te zorgen dat er in het hele land een voldoende basis is voor preventie.

Gelet op het lange termijn belang van preventie is de mening dat dit niet alleen aan de lokale afwegingen (zeker gelet op de financiële krapte van gemeenten) kan worden overgelaten. Een landelijk vastgesteld takenpakket vraagt ook om een passend budget, waarbij de meeste gesprekspartners pleiten om dit in een vorm van geormerkte financiering aan gemeenten beschikbaar te stellen. De voorkeur lijkt er tot nu toe wel naar uit te gaan dat via financiering aan de gemeenten te blijven doen en niet aan directe financiering aan de GGD'en. Dat ook in het licht van het belang van lokale inbedding en betrokkenheid. Daarnaast loopt natuurlijk de discussie over de mogelijkheden van een (regionaal) preventiefonds juist ook in samenwerking met de zorgverzekeraars.

Gekoppeld aan een duidelijker landelijke basis voor preventie wordt, zeker in relatie tot de afspraken met de zorgverzekeraars, gepleit voor spiegelbepalingen<sup>4</sup> in de Wpg en Zorgverzekeringswet om zo samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het terrein van preventie te faciliteren. De vraag is of het voldoende is een dergelijke spiegelbepaling alleen in de Wpg en de Zvw op te nemen of dat het ook wenselijk zou zijn dergelijke bepalingen in de Wlz, de Jeugdwet, Wmo en/of de Omgevingswet op te nemen of dat soms vermelding in de Wpg kan volstaan.

Waar in de gesprekken er brede steun is voor een steviger rol voor de GGD op het terrein van preventie waren er verschillende geluiden te horen of alles onder de noemer van de GGD zou moeten plaatsvinden of dat een bredere noemer publieke gezondheid beter zou zijn. Dat zou volgens sommigen meer ruimte bieden voor de lokale invulling en ook voorkomen dat het mogelijk gezien zou worden als gericht op het institutionele belang van de GGD. In dit verband blijven er ook verschillende beelden bestaan over de positionering van de jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg wordt van groot belang geacht bij de preventie (en deels ook als mogelijke noodzakelijke capaciteit bij de opschaling voor infectieziektebestrijding). Er wordt verschillend

<sup>4</sup> Doormiddel van spiegelbepalingen is het mogelijk om aanpassingen in één wet te doen, waarmee deze ook wordt doorgevoerd in andere wetten, zonder de noodzaak deze andere wetten allemaal aan te passen.

gedacht over of dit zou moeten betekenen dat de Wpg zou moeten gewijzigd om al dan niet de mogelijkheid te beperken dat de JGZ buiten de GGD wordt uitgevoerd.

#### Bespreekpunten voor begeleidingscommissie:

- Graag horen wij van de van de begeleidingscommissie of zij zich herkennen in deze probleemanalyse en of zij eventuele aanvullingen hebben?

#### Eerste denkrichtingen

Op basis van suggesties in de gesprekken en onze voorlopige analyse komen wij tot een overzicht van verschillende mogelijke eerste denkrichtingen. Zoals eerder gesteld is dit een eerste inventarisatie en geen uitputtend overzicht. Het zijn verschillende denkrichtingen die elkaar ook deels uitsluiten, waarbij enkele elementen misschien in meerdere scenario's een plek kunnen krijgen. Afhankelijk van de keuzes vraagt dit nadere aanpassingen van de wetgeving.

Uitgangspunt is dat keuzes en scenario's rondom governance een middel zijn om bij te dragen aan maatschappelijk resultaat op terrein van publieke gezondheid. Een logische eerste denkrichting is dan ook om te starten met een aantal stappen waar consensus over is. Wij presenteren de volgende denkrichtingen:

#### Basis op orde

- Gelet op de huidige crisis, de risico's van nieuwe pandemieën en de gewenste versterking van preventie is het belangrijk om tot een nieuwe maatschappelijke en bestuurlijke norm te komen over welk niveau van publieke gezondheid noodzakelijk is.
- Ontwikkel uitgaande van die norm een structureel meerjarig versterkings- en ontwikkelprogramma voor de Publieke gezondheid besteedt daarbij aandacht aan de samenhang met en betrokkenheid van andere beleidsdomeinen, juist ook waar het crisisbeheersing betreft.

#### Verduidelijking en uitbreiding van taken van de GGD binnen de Wpg

- Kom tot een eenduidiger vastgesteld takenpakket voor de GGD'en, ook in relatie tot de taken van RIVM en VWS en andere relevante partijen, zowel rondom infectieziektebestrijding als preventie en bekijk waar dit kan en moet worden vastgelegd. Waarbij er ook ruimte is voor lokale invulling.
  - Koppel aan een eenduidiger takenpakket ook een passende financiering. Kom tot vormen van gerichte of geormerkte financiering ten behoeve van gemeenten om GGD taken te kunnen financieren.
  - Om te zorgen dat GGD'en een dergelijk takenpakket zouden kunnen uitvoeren start een ontwikkel- en investeringsprogramma voor de GGD'en en de betrokken medewerkers.


#### Organisatie en sturing van de infectieziektebestrijding

Er zijn verschillende vormen mogelijk om de organisatiekracht bij en de sturing op grootschalige en langdurige infectieziektecrisisen te versterken en bij deze verschillende vormen zijn ook weer verschillende mogelijkheden voor positionering. Uitgaande van de gedeelde noodzaak om eenduidiger gezamenlijk te kunnen uitvoeren en hierop te kunnen sturen onderscheiden wij in ieder geval de volgende denkrichtingen:

- Aanpassing van de Wpg waarbij minister mogelijkheid krijgt opdrachten te verstrekken aan GGD'en bij bijvoorbeeld grootschalige A-ziekten epidemieën met grote maatschappelijke impact. Met het eventueel in een Amvb ook eisen te stellen aan GGD'en in de koude fase.
- De structuur van de huidige GGD'en blijft in stand maar de GGD'en komen gezamenlijk tot één landelijke vertegenwoordiger ('commandant infectieziektebestrijding') die als landelijk aanspreekpunt dient, namens alle GGD'en afspraken kan maken en opdrachten tot uitvoer geeft aan alle 25 GGD'en.
- De vorming van een landelijke organisatiestructuur die een aantal centrale (inhoudelijke en uitvoerende) taken oppakt bij in ieder geval de voorbereiding en uitvoering van de bestrijding van A-ziekten.
  - Zorg voor een kernorganisatie die in de koude fase verschillende taken uitvoert (bijvoorbeeld voorbereiding, training, beheer landelijke afspraken en voorzieningen, bijvoorbeeld ICT en contracten met organisaties nodig bij opschaling). In de warme fase is dit de centrale infectieziekte uitvoeringsorganisatie die én de afzonderlijke GGD'en aanstuurt, én ondersteuning in capaciteit biedt én de landelijke taken uitvoert. Opschaling kan dus dienen om afzonderlijke GGD'en te ondersteunen en om landelijke taken uit te voeren. Verbindt deze organisatie met de lokale GGD'en bijvoorbeeld via dubbelaanstellingen, detacheringen voor (alle) uitvoerders infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld met mogelijkheid tot directe opschaling via alarmering). Onderzoek of mogelijk ook de DPG'en onderdeel van deze organisatie kunnen uitmaken zodat er vanaf dat moment centrale sturing op de uitvoering mogelijk is.
  - Sturing in de koude fase zou door Rijk en gemeenten samen moeten gebeuren in een te ontwikkelen gezamenlijke vorm van opdrachtgeverschap. In de warme fase is er een kantelpunt waarbij de sturing vanuit Rijk plaatsvindt.
  - Positionering zou via verschillende manieren kunnen. Elk met hun eigen voor- en nadelen die nader moeten worden uitgewerkt:
    - Onderdeel van het departement,
    - Onderdeel van het RIVM,
    - Afzonderlijke organisatie.
  - Ontwikkel afwegingscriteria voor wanneer het kantelpunt plaatsvindt en een procedure hiervoor (niet elke A-ziekte vraagt dit waarschijnlijk).
- Breng alle infectieziektebestrijding taken van de GGD'en (in de koude en warme fase) onder in één landelijke organisatie met decentrale uitvoer. Mogelijk in samenvoeging met infectieziektebestrijdingstaken van het RIVM.
- Vorm één landelijke GGD met regionale uitvoeringseenheden.
- Benut de huidige structuur beter. Maak meer gebruik van de algemene crisisstructuur vanuit het perspectief van gezondheidscrisisen en ontwikkel en versterk de sturingsrelatie op de GGD'en via de voorzitter van de Veiligheidsregio verder.
- Zorg voor een 'slapend functiehuis' op (regionaal) GGD-niveau met rollen voor professionals vanuit andere organisaties waarmee afspraken zijn gemaakt zijn voor opschaling. Maak hiertoe afspraken met gemeenten en andere partners.

#### *Ontwikkel als Rijk, gemeenten, GGD'en en RIVM een gezamenlijke meerjarige agenda*

In de gesprekken zijn diverse onderwerpen genoemd waarover verdere gedachtewisseling en uitwerking nodig is. Afhankelijk van de uitwerking kan dit mogelijk ook leiden tot voorstellen voor



aanpassingen van wetgeving, organisatie of sturing. Zorg daarom voor een gezamenlijke agenda waarin deze onderwerpen een plaats kunnen krijgen. In onze gespreksronde zijn tot nu toe in ieder geval de volgende thema's benoemd:

- De rol van de medisch-microbiologische laboratoria bij de bestrijding van infectieziekten wordt steeds belangrijk zowel rondom surveillance maar ook voor nadere diagnostiek en typering ten tijde van de crisis. Informatie die van belang is bij de bestrijding van de crisis. De afgelopen periode zijn diverse vraagstukken naar voren gekomen over de benodigde laboratoriumcapaciteit, over de relatie tussen GGD'en en laboratoria en de relatie met het RIVM en hoe taken van publiek belang het beste geborgd kunnen worden binnen de taken van private organisaties.
- Reizigers en goederenverkeer kunnen een belangrijke rol spelen bij de verspreiding van infectieziekten. De ervaringen van de afgelopen periode hebben geleerd dat er vragen zijn of het noodzakelijk zou zijn om grootschaligere faciliteiten bijvoorbeeld voor screening en testen te hebben bij lucht- en zeehavens. De vraag is als dit gewenst zou zijn wat dit ook betekent voor de betreffende regionale GGD'en en hun werkzaamheden. Vraagt dat eventueel aanvullende taken en verantwoordelijkheden?

**Bespreekpunten voor begeleidingscommissie:**

- Wij zijn benieuwd naar de eerste reflecties op deze denkrichtingen. Op basis van deze reflecties zullen de denkrichtingen verder worden uitgewerkt en ook gerelateerd worden aan de criteria zoals die in de eerste begeleidingscommissie zijn besproken.

### Bijlage 1 voortgang gesprekken

Op moment van schrijven (21-03) zijn de volgende persoonlijke gesprekken gevoerd en gepland. Met een aantal mensen zal nog een tweede gesprek plaatsvinden.

Gevoerde gesprekken	Ingeplande gesprekken	Gesprekken waar planning nog voor loopt
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 2e GGD GHOR Nederland</li> <li>- 5.1.2e 1.2 5.1.2e 5.1.2e Rotterdam</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e Leiden,</li> <li>- 5.1.2e Bac PG</li> <li>- 5.1.2e Cuijk,</li> <li>- 5.1.2e GGD Hart voor Brabant</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e VNG (samen met 5.1.2e 5.1.2e, 5.1.2e beleidsmedewerker, en 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e)</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Veiligheidsregio's, Crisisbeheersing en Meldkamer en 5.1.2e JenV</li> <li>- 5.1.2e Venlo en 5.1.2e GHOR in het Veiligheidsberaad</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, AEF</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e LCI</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e Volksgezondheid, 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e Publieke gezondheid, VWS</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Volksgezondheid en Zorg en 5.1.2e 5.1.2e en (RIVM)</li> <li>- DPG'en 5.1.2e 1.2 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 1.2 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e Maatschappelijke Gezondheid, Erasmus MC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Covid-19-vaccinatie en 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, 5.1.2e Milieu &amp; Veiligheid, RIVM</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e Bestuur, Financiën en Regio's, BZK en 5.1.2e Beleid, BZK</li> <li>- 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e IGJ</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland</li> <li>- DPG'en 5.1.2e 5.1.2e 1.2 5.1.2e en 5.1.2e 5.1.2e</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e LHV, en 5.1.2e 5.1.2e, NHG</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e, voorzitter KNMG</li> <li>- 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, artsen infectieziektebestrijding</li> <li>- Netwerk Directeuren Sociaal Domein, oa 5.1.2e 5.1.2e Amsterdam, 5.1.2e 5.1.2e Almere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5.1.2e 5.1.2e, Zilveren Kruis, 5.1.2e 5.1.2e Zorg en Zekerheid</li> <li>- Wetenschappers op het terrein van openbaar bestuur, oa 5.1.2e 5.1.2e</li> </ul>



## Bijlage 2 Definities preventie conform traject AEF

Met *preventie* bedoelen we het voorkomen van een zorgvraag (en de inzet van zorg) in de toekomst, door de inzet van een interventie in het heden. Het onderscheidt zich daarmee van substitutie, waarin de inzet van een bepaald type interventie een alternatief moet vormen voor een andere interventie, bijvoorbeeld ambulantisering.

Er zijn weer verschillende vormen en indelingen van preventie, bijvoorbeeld naar doelgroep, type interventie of fase. In de indeling naar doelgroepen, wordt onderscheid gemaakt tussen

- Universele preventie, die zich richt op alle inwoners;
- Selectieve preventie, die op inwoners met een bepaald verhoogd risicoprofiel gericht is;
- Geïndiceerde preventie: gericht op inwoners waar een problematische situatie; vastgesteld is, die echter nog in een beginnend stadium is;
- Zorggerelateerde preventie die zich richt op inwoners waar al sprake is van een bepaalde ziekte of aandoening.

*De focus van dit memo is met name universele en selectieve preventie. Geïndiceerde preventie is primair het domein van de zorgverzekeraars.*

In de indeling naar type interventie, kan onderscheid gemaakt worden naar

- Gezondheidsbescherming: het verkleinen van risico's vanuit de externe omgeving
- Gezondheidsbevordering: het verbeteren van de leefstijl, of sociale of fysieke omstandigheden van inwoners
- Ziektepreventie, dat zich inzet op het signaleren of voorkomen van ziekten.

*De focus van dit memo is gezondheidsbevordering*

Uit memo: financiering van preventie, 12 maart 2021.