

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

4236816-1089594-PG

Bijlage(n)

1

Kenmerk afzender

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 9 oktober 2025

Betreft Afschrift reactie op advies Raad voor Volksgezondheid en
Samenleving 'op onze gezondheid'

Geachte voorzitter,

Naar aanleiding van een vraag van het lid Krijnen (GroenLinks-PvdA) is u
toegezegd de reactie op advies Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 'op
onze gezondheid' over de publieke gezondheid (36.194) (T03607) toe te sturen.
De reactie is op 18 april jongstleden naar de Tweede Kamer verzonden.

Mijn excuses voor de late verzending.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,

Judith Zs.C.M. Tielen



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4080104-1079891-PG

Uw brief
Bijlage(n)
1

Datum 16 april 2025
Betreft Stevig fundament publieke gezondheid/ reactie op advies
'Op onze gezondheid' Raad voor Volksgezondheid &
Samenleving (RVS)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Aanleiding

Op 18 april 2023 heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) een advies 'Op onze gezondheid' gepubliceerd. Dit advies richt zich op de vraag welke inrichting van het stelsel voor de publieke gezondheidszorg passend is om huidige en toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden. Op 26 mei 2023 is het rapport toegezonden aan de Tweede Kamer¹. Daarbij is toegezegd dat de aanbevelingen die de RVS doet met relevante partijen zal worden besproken en de reactie aan een nieuw kabinet wordt overgelaten.

In deze brief geef ik mijn reactie op het advies van de RVS, mede in relatie tot de verdiepingssessies die hebben plaatsgevonden met veldpartijen over de publieke gezondheid. Dit bezie ik in relatie tot de transitie (het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)), waarin de beweging van zorg naar gezondheid zich al geruime tijd bevindt en waar in het Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) nadere afspraken zullen worden gemaakt.

In deze brief richt ik mij voornamelijk op het stelsel van de Wet Publieke Gezondheid (hierna: Wpg)². Publieke gezondheidszorg is daarin gedefinieerd als de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten. Uitgangspunt van de Wpg is dat een deel van de taken in de publieke gezondheidszorg door gemeenten wordt uitgevoerd in medebewind. Er zijn aldus naast taken op centraal niveau, ook taken neergelegd op decentraal niveau. Beide hebben een zelfstandig politiek-bestuurlijk mandaat.

¹ TK 32.793, nr. 693

² De Wet publieke gezondheid (hierna: Wpg) is een van de stelselwetten die bijdraagt aan de bevordering van de volksgezondheid zoals genoemd in artikel 22 van de Grondwet. De wet kent een aantal specifieke taken, zoals (niet limitatief) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering, het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking, het bevorderen van medisch milieukundige zorg, het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen, en het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders. Daarnaast richt de wet zich specifiek op jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg, infectieziektebestrijding, waaronder soa-bestrijding en het vaccinatiebeleid, en op bevolkingsonderzoeken.



Ik acht het van belang dat de governance rondom dit stelsel optimaal wordt ingericht, zodat ieder zijn rol in het stelsel goed kan oppakken.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

In deze brief zal ik schetsen welke inhoudelijke lijnen ik voor ogen heb hoe het fundament van de publieke gezondheid verder kan worden verstevigd. Dit bouwt voort op de sinds enige tijd reeds ingezette koers en die ik bij de achtergrondinformatie (punt 1) schets. Bij punt 2 geef ik de kern weer van het RVS-advies en bij punt 3 zal ik nader in gaan op de inhoudelijke lijnen en de governance die ik daarvoor wil inrichten. Verder ga ik in deze brief nog nader in op het punt van de RVS inzake zijn advies om een regeringscommissaris aan te stellen, de motie Tielen over het consultatiebureau ouderen en het rapport van Andersson Elffers Felix (AEF) naar de toepassing van artikel 5a (ouderenzorg) in de Wpg. Dit rapport is op 20 juni 2024 gepubliceerd³.

1. Achtergrond

Nederland staat voor een aantal belangrijke vraagstukken dat in een veranderende maatschappij nieuwe uitdagingen geeft: veel volwassenen en jongeren kampen met mentale problemen, ongeveer de helft van de mensen beweegt te weinig⁴, het percentage soa's onder jongeren neemt toe en de helft van de Nederlanders heeft overgewicht.

De ambitie van dit kabinet is en blijft een gezonde generatie in 2040. In het Nationaal Preventieakkoord zijn afspraken gemaakt met partners voor alcohol, tabak, voeding en overgewicht om te komen tot een gezonde generatie. Vanuit een samenhangende effectieve preventiestrategie neemt dit kabinet (aanvullende) maatregelen met een focus op de jeugd en de volgende thema's: bewegen, overgewicht, drugs, alcohol, tabak, voeding, gehoorschade, vaccineren, seksuele gezondheid en schermtijd. De preventiestrategie richt zich op omgevingen waarin kinderen en jongeren opgroeien, zich ontwikkelen en worden beïnvloed. Uw Kamer is dit voorjaar geïnformeerd over de preventiestrategie.

Met het IZA en GALA wordt al langere tijd integraal samengewerkt met partijen om de zorg toegankelijk, kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden voor iedereen, nu en in de toekomst. Het GALA heeft daarin de rol om te bouwen aan het fundament voor een gerichte lokale en regionale aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis. Uitgangspunten zijn hierin:

- Het belang van een structurele en minder vrijblijvende aanpak op gezondheid,
- Het versterken van de verbinding en wederkerigheid tussen sociaal en medisch domein;
- Een integrale benadering van het gemeentelijke sociale- en gezondheidsdomein;
- Het belang van het meenemen van gezondheid in alle beleidsterreinen; en
- Het belang van gezamenlijke kennisopbouw ten behoeve van de maatschappelijke effecten.

Dit kabinet heeft de ambitie om nieuwe afspraken te maken over de houdbaarheid van het zorgstelsel in een Aanvullend zorg -en welzijnsakkoord (AZWA).

³ [Rapport Preventieve ouderengezondheidszorg \(overheid.nl\)](https://overheid.nl/rapport-preventieve-ouderengezondheidszorg)

⁴ <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen>



Gelijkwaardige toegang tot zorg en welzijn die betaalbaar is en kwalitatief hoogwaardig is hierin uitgangspunt.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

De beweging naar 'gezondheid in alle beleidsterreinen' en van 'zorg naar gezondheid en welzijn', die is ingezet met het IZA en GALA schept hoge verwachtingen van de publieke gezondheidszorg, vooral van gemeenten en GGD 'en, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van gezondheidsvraagstukken in de verschillende domeinen. Zij hebben daarvoor een robuuste infrastructuur nodig. Daarvan is nu nog onvoldoende sprake.

Er zijn de afgelopen periode diverse rapporten verschenen, waarin wordt gepleit om de publieke gezondheid te versterken, zoals het voornoemde rapport van de RVS⁵ in 2023, een rapport van het Verwey-Jonker Instituut⁶ 2021, en een rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd⁷ in 2023. Een robuuste infrastructuur van publieke gezondheid die op de snijvlakken van verschillende levensdomeinen opereert, is volgens een aantal van deze rapporten essentieel. Met de bewindslieden van SZW heb ik daarom uw Kamer op 13 december 2024 de Kabinetsreactie SER briefadvies sociaaleconomische gezondheidsverschillen Beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen'⁸ toegezonden. Hierin gaan we nader in op het belang en de bijdrage van verschillende beleidsterreinen op het gebied van zowel gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering als gezondheidsachterstanden en hoe deze samenkomen. In deze beleidsagenda hebben we de eerste contouren uiteengezet van een brede aanpak op de achterliggende oorzaken van gezondheidsproblemen en -achterstanden en het beter meenemen en meewegen van gezondheid in aanpalend beleid. Gezondheid kent in potentie een hoge maatschappelijke en economische opbrengst, omdat gezonde burgers productiever zijn, meer participeren op de arbeidsmarkt, minder gebruik maken van zorg, minder zorgkosten maken, minder kans op uitval op werk of school hebben en meer ruimte voor mantelzorg en vrijwilligerswerk. We zijn ook bezig met het versterken van de 20 wijken uit het Nationaal Programma Veiligheid en Leefbaarheid, waarin we al integraal werken aan het wegnemen van maatschappelijke achterstanden.

Het is van belang de opbrengsten en prioriteiten van het IZA en GALA zoveel mogelijk te bestendigen en verder te brengen. Gemeenten moeten voldoende aandacht kunnen blijven geven aan wat in het GALA is afgesproken en gefaciliteerd. GGD'en moeten daarbij goed in positie worden gebracht. Het streven is om in elke gemeente ten minste een basisniveau aan publieke gezondheidstaken aan te kunnen bieden (basisinfrastructuur) waar mensen op kunnen rekenen. Ik werk daartoe in samenwerking met gemeenten aan een wettelijke verankering van bepaalde thema's voor gemeenten - waar sprake is van structurele middelen - te weten gezondheidsachterstanden, seksuele gezondheid, en ketenaanpakken zoals Kansrijke Start en Valpreventie. Ik kom hier later in deze brief op terug.

Verder werken we door aan een investeringsmodel voor preventie/gezondheid waarmee de kostenbesparingen over de tijd beter in kaart worden gebracht, zodat ze binnen het betreffende beleidsterrein gebruikt kunnen worden voor de

⁵ [Op onze gezondheid - de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid & Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

⁶ [Versterking van de publieke gezondheid - Verwey-Jonker Instituut](#)

⁷ [GGD'en werken toegewijd aan het herstel publieke gezondheidszorg | Rapport | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igi.nl\)](#)

⁸ TK 32793-794



financiering van de preventieve maatregelen. Ik heb uw Kamer hierover in oktober 2024 een brief (TK 32 793, nr. 783) gestuurd.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

Tot slot acht ik het van belang dat gemeenten en het Rijk als verantwoordelijke overheden voor de publieke gezondheid gezamenlijk meer richting geven aan de publieke gezondheid en elkaar vanuit een duidelijke governance aanspreken op de realisatie daarvan. In dat kader is het van belang dat er een gezond besluitvormingsproces met veldpartijen komt voor de lange termijn, waarbij ieder kan worden aangesproken op verantwoordelijkheden, waarna de besluitvorming ook adequaat kan worden voorgelegd aan het kabinet.

2. Het RVS-advies 'op onze gezondheid'

De RVS buigt zich in het advies 'Op onze gezondheid' over de vraag: "Welke inrichting van het stelsel voor de publieke gezondheidszorg is passend om huidige en toekomstige uitdagingen (de sociale determinanten van gezondheid) het hoofd te bieden? En aan welke voorwaarden moet die inrichting voldoen?". De RVS geeft aan dat het fundament van het stelsel voor publieke gezondheidszorg wankel is. Er is volgens de RVS veel aandacht (geweest) voor het bevorderen van de volksgezondheid, van zowel het kabinet als partijen in de samenleving, maar in dit streven heeft het accent de afgelopen decennia vooral gelegen op het beïnvloeden van persoonsgebonden factoren en leefstijl, terwijl veel van deze oorzaken volgens de RVS niet alleen buiten de individuele invloedssfeer liggen, maar ook buiten het zorgdomein (wonen, onderwijs, werk en sociale leefomgeving). Dit maakt de opgave complex, maar biedt ook mogelijkheden.

Er was volgens de RVS destijds een te geringe betrokkenheid van andere ministeries en gemeentelijke beleidsterreinen bij publieke gezondheidszorg en als gevolg hiervan komt de inzet op brede determinanten van gezondheid onvoldoende van de grond. Daarnaast zijn volgens de RVS de doelstellingen van de publieke gezondheid vaag en weinig geoperationaliseerd en te veel gericht op de korte termijn, waardoor de inzet te vrijblijvend is. De RVS benoemt dat gemeenten een cruciale rol hebben in de financiering van de publieke gezondheidszorg. Sommige gemeenten doen hier veel aan, maar andere geven hier volgens de RVS nauwelijks invulling aan. Hierdoor zijn er ook grote verschillen tussen GGD'en in mensen, middelen en slagkracht, die niet beleidsmatig onderbouwd kunnen worden. Ook zijn er volgens de RVS (aanzienlijke) tekorten aan professionals bij GGD'en om reguliere taken te kunnen uitvoeren en nieuwe uitdagingen het hoofd te kunnen bieden, de adviesfunctie van de GGD'en is onvoldoende geborgd en er is niet altijd duidelijk waarom bepaalde taken op het gebied van publieke gezondheidszorg gedecentraliseerd zijn en/of aan bepaalde professionals of organisaties opgedragen zijn.

Of er té weinig financiële middelen worden ingezet, kan de RVS niet concluderen. Dit hangt samen met het feit dat er landelijk geen zicht is op de effectiviteit van de inzet van gemeenten en GGD'en op de publieke gezondheid.

De RVS doet een aantal aanbevelingen om de publieke gezondheidszorg te versterken. Het gaat om:

1. het centraal stellen van een verbetering van brede gezondheidsdeterminanten (wonen, werken, inkomen, onderwijs) in de publieke gezondheidszorg;
2. het streven naar een wettelijke verankering van gezondheidsdoelen;
3. het aanstellen van een regeringscommissaris voor de volksgezondheid (Gezondheidscommissaris) met een heldere opdracht en mandaat.



De conclusies van de RVS zijn op hoofdlijnen in lijn met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (VTV)⁹, die ik uw Kamer op 27 november jl. heb toegestuurd. Het belang van een sterke publieke gezondheid wordt in de VTV onderschreven. Volgens de VTV is een standvastig gezondheidsbeleid nodig, gebaseerd op een lange termijn aanpak met duidelijkheid in beleid en het stellen van concrete doelen en het meetbaar maken van deze doelen. Ook een gezondheid in alle beleidsterreinen-benadering en een stevige volksgezondheidsinfrastructuur zijn prioriteiten die genoemd zijn in de VTV.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

In onderstaande paragraaf geef ik aan wat ik in gang wil zetten zodat de publieke gezondheid in de toekomst nog beter kan bijdragen aan deze ontwikkeling.

3. Stevig fundament publieke gezondheid

Een gezonde samenleving is erg belangrijk. Daarom werken we al langere tijd aan een agenda ten behoeve van het stelsel van de publieke gezondheid waarmee op regionaal en lokaal niveau invulling wordt gegeven aan de landelijke ambities zoals ik in de aanleiding heb geschetst. Deze agenda zet in op een gezonde generatie in 2040, met weerbare, gezonde mensen die kunnen opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving, en waarin sprake is van een sterke, sociale basis. Waarin de fysieke en mentale gezondheid vanaf het prille begin, de eerste 1000 dagen, wordt bevorderd en behouden en waar speciale aandacht uitgaat naar mensen in kwetsbare situaties. Hiermee dragen we ook bij aan het betaalbaar houden van het zorgstelsel, zodat mensen die dat nodig hebben kunnen blijven rekenen op zorg en kunnen blijven bijdragen in de maatschappij. In eerste instantie geven mensen zelf invulling aan een zo gezond mogelijk leven. Waar nodig wordt door gemeenten, rijk en zorgpartijen passende hulp en ondersteuning geboden die aansluit op de behoefte en de mogelijkheden van de inwoners. Dit kan vanuit het sociale domein (waar de publieke gezondheid aan bijdraagt) dichtbij de leefwereld van mensen. Ik streef naar een duurzame en houdbare publieke gezondheidszorg die in staat is om deze ambities (mede) waar te maken. Waarbij het niet uitmaakt waar je wieg staat, omdat overal hetzelfde (basis-) niveau van voorzieningen wordt geboden. Waarin de betrokken overheidslagen goed samenwerken vanuit duidelijke verantwoordelijkheden, waarop zij elkaar kunnen aanspreken. Publieke gezondheid, die niet alleen op korte termijn effect sorteert, maar waarin partijen met elkaar ook richting geven voor de langere termijn.

Uitkomsten verdiepingssessies veldpartijen

In 2024 zijn door mijn departement meerdere sessies georganiseerd met professionals, bestuurders en wetenschappers over de toekomst van de publieke gezondheid (zie bijlage 2). Hieraan hebben deelgenomen: GGD GHOR NL, ActiZ, VNG, Sociaal Werk NL, diverse hoogleraren, diverse wethouders en diverse directeurs Publieke Gezondheid van GGD'en. Centraal in de sessies stond: wat zijn mogelijke doelen voor het stelsel van publieke gezondheidszorg in Nederland in 2030 en hoe komen we daar?

Deelnemers gaven aan dat de uitdagingen rondom publieke gezondheid zo hardnekkig zijn dat deze alleen kunnen worden opgelost met een gezamenlijke, langjarige transitieaanpak, vergelijkbaar met transformaties rond energie of water. In de sessies werd ook gesteld dat het voor een dergelijke aanpak nodig is om duidelijke doelen te stellen.

Verder werd opgemerkt dat er nu grote regionale verschillen in de aanpak van publieke gezondheid zijn, en dat de wens bestaat om die gelijk te trekken voor

⁹ [VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024](#)



onderwerpen waar sowieso op ingezet moet worden in de vorm van een landelijk uniform basispakket. Ook een heldere verantwoordelijkheidsverdeling hoort hier bij volgens partijen. Tot slot werd professionalisering van de bewijsvoering in de publieke gezondheid ook als een belangrijk thema genoemd.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

Inhoudelijke lijnen voor komende periode

De inbreng van partijen acht ik als zeer waardevol en het sluit ook aan bij een deel van de adviezen van de RVS. Het is belangrijk een gezamenlijk commitment te hebben voor de agenda van de toekomst met een goede structuur waarin we elkaar kunnen aanspreken en leren. Dit is ook essentieel om de versterking van de publieke gezondheid in middelen en mensen in de toekomst beter vorm te kunnen geven. Ik kies voor een ontwikkelpad dat de publieke gezondheid beter op de kaart zet op de lange termijn met de intentie toe te groeien naar een meer stevig fundament. Ook de impact van doelstellingen in wetgeving dient goed verkend te worden en het pakket aan maatregelen dat daar eventueel bij kan passen. Daarbij vind ik het ook belangrijk dit in gezamenlijkheid te doen, samen met relevante veldpartijen, zodat het een gedragen strategie wordt. Daarom zie ik voor de komende periode – naast andere agenda's en thema's die genoemd zijn in deze brief en waarover ik u separaat informeer of geïnformeerd heb – vier grote lijnen voor me om de publieke gezondheid verder te gaan versterken:

1. In het algemeen hecht ik eraan tot een gezamenlijk, concreet beeld te komen van de richting waar publieke gezondheid zich heen zou moeten bewegen de komende jaren, op basis van het beleid dat al is ingezet en de lijnen die zich uittekenen in o.a. de VTV en de genoemde rapporten. Dit kan door één of meerdere scenario's te ontwikkelen waaraan de komende jaren in dialoog wordt verder gewerkt.
2. Basistakenpakket:
Voor de korte termijn is afgesproken om een voorstel uit te werken hoe taken en verantwoordelijkheden in wet- en regelgeving kunnen worden verankerd^[1]. Dit geldt dan in ieder geval voor afspraken waar structurele middelen voor zijn. Hierbij is conform het regeerprogramma aandacht voor het vergroten van de autonomie van gemeenten en het verminderen van de administratieve- en controlelasten, en worden de juridische en financiële implicaties bezien. Voornoemde punten komen tegemoet aan de constatering van de RVS dat gemeenten ook een cruciale rol hebben in de financiering van de publieke gezondheidszorg, maar dat sommige gemeenten hier veel aan doen, terwijl andere hier veel minder invulling aan geven. Volgens de RVS zijn er grote verschillen tussen GGD'en in mensen, middelen en slagkracht, die niet beleidsmatig onderbouwd kunnen worden. Met de verkenning van een basistakenpakket wordt een aanzet gedaan om meer eenduidigheid tussen gemeenten te creëren, waar dat ook realistisch zou zijn. Daar waar relevant betrek ik hierbij de aanbevelingen die AEF heeft gedaan rond preventieve ouderengezondheidszorg¹⁰.
3. Ten aanzien van het thema gezondheidsdoelen zijn de afgelopen jaren diverse Kamervragen gesteld. Het stellen van doelen impliceert dat gezondheid maakbaar is, terwijl er veel factoren van invloed zijn, zoals ook de vrijheid van het individu. Daarbij is het stellen van doelen ook complex in relatie tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid die bij dit vraagstuk komt kijken en hoe daar mee om te gaan. Het is belangrijk dat meerdere partijen zich aangesproken en eigenaar voelen voor gezondheidsbevordering in den brede. Het wettelijk verankeren van streefwaarden, met de verantwoordelijke bewindspersoon van VWS die verantwoording moet afleggen, doet afbreuk aan

¹⁰ [Rapport Preventieve ouderengezondheidszorg](#)



die gezamenlijke verantwoordelijkheid. Tot slot moeten we ook niet vergeten dat we volksgezondheid weliswaar kunnen bevorderen, maar dat het wettelijk verankeren van gezondheidsdoelen voorbij gaat aan de individuele verantwoordelijkheid van mensen. Daarom wil ik eerst goed te verkennen of gezondheidsdoelen kunnen bijdragen aan een gezamenlijk perspectief voor de lange termijn. Ik zie gezondheidsdoelen daarbij met name als richting voor het te ontwikkelen basistakenpakket. Ik zal deze thema's daarom in onderlinge samenhang verkennen en uitwerken waar mogelijk. Ik zal bij de verkenning specifiek kijken naar de juridische en financiële implicaties, en hoe zich dit verhoudt tot de integrale politieke besluitvorming. Als de consequenties hiervan integraal in beeld zijn gebracht, vindt besluitvorming binnen het kabinet plaats. Bij de uitwerking zal ik ook terugkomen op de uitvoering van de toezegging van mijn voorganger om informatie en opties over het verankeren van gezondheidsdoelen met uw Kamer te delen.¹¹

Kenmerk

4080104-1079891-PG

4. Ook benoemt de RVS in zijn advies dat niet altijd duidelijk is waarom bepaalde taken op het gebied van publieke gezondheidszorg gedecentraliseerd zijn en/of aan bepaalde professionals of organisaties opgedragen zijn. Hoewel het uitgangspunt van de Wpg decentrale aansturing is, zijn sommige taken centraal aangestuurd, bijv. epidemiebestrijding en bevolkingsonderzoeken. Met centrale aansturing wordt bedoeld dat het Rijk bepaalt welke taken worden uitgevoerd en op welke wijze, er zijn verantwoordingsverplichtingen van lokaal/regionaal naar centraal en er is sprake van landelijke monitoring en financiering. Met decentrale aansturing bepalen gemeenten wat en hoe bepaalde taken worden uitgevoerd. Er zijn daarbij geen verantwoordingsverplichtingen richting het Rijk (bijv. bij taken rondom leefomgeving en gezondheidsbevordering). In sommige gevallen bepaalt het Rijk, ondanks decentrale aansturing, meer het 'wat', zoals bij het basistakenpakket JGZ, terwijl de gemeenten in deze gevallen het 'hoe' bepalen. Omdat gemeenten in die gevallen zelf bepalen hoeveel middelen zij besteden aan deze taken, worden deze activiteiten ook decentraal aangestuurd.

Ik onderschrijf het belang van een duidelijke verdeling van gedecentraliseerde en gecentraliseerde taken, waarbij het helder is welke taak, waar, om welke reden is belegd. Een meer gecentraliseerde aanpak is op bepaalde aspecten van publieke gezondheid goed te beredeneren. Een voorbeeld hiervan is het wetsvoorstel Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid dat onder meer de Minister een directe sturingsbevoegdheid op de directeur publieke gezondheid van de GGD geeft in geval van een epidemie van een A-infectieziekte of een directe dreiging hiervan. Deze sturingsbevoegdheid heeft betrekking op het treffen van medisch-operationele voorzieningen door de GGD bij de bestrijding van de betreffende (dreigende) epidemie van een A-infectieziekte, zoals COVID-19.

Voor de lange termijn wil ik verder gaan verkennen of er nog meer taken zijn die wellicht meer centraal aangestuurd kunnen worden. Ik denk dan bijv. aan taken in het kader van medische milieukunde. Maar ook aan Chemische-, Biologische-, Radiologische- en Nucleaire (CBRN) gezondheidsdreigingen en Nazorg. De urgentie hiervoor is toegenomen. De snel veranderende geopolitieke situatie stelt ook de zorg in Nederland voor nieuwe opgaven en vraagt om een weerbare zorg.



Voor bevolkingsonderzoeken geldt dat de huidige landelijke sturing via het ministerie van VWS en het RIVM behouden blijft. Om ervoor te zorgen dat Nederlanders kunnen blijven rekenen op een nuttig, goed, actueel en toegankelijk aanbod van bevolkingsonderzoek, hebben het ministerie van VWS en het RIVM een Ontwikkelagenda gepubliceerd. Samen met alle partners wordt aan de hand van deze ontwikkelagenda gewerkt aan de belangrijkste prioriteiten voor de komende jaren. Zo wordt ingezet op het verlagen van de drempels voor deelname aan bevolkingsonderzoek, onder meer met een wijkgerichte aanpak. Hiermee lukt het steeds meer om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te bereiken.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

Verder werken we zoals wettelijk is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid aan een nieuwe landelijke Nota Gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar, die richting geeft aan het lokale gezondheidsbeleid. Hiermee wordt vervolg gegeven aan de thema's die benoemd zijn in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en krijgen afspraken die op landelijk niveau zijn gemaakt een plek. De voortgang van de uitwerking van de landelijke Nota Gezondheidsbeleid in lokale nota's wordt ook besproken in een nog in te richten Bestuurlijk Overleg Publieke Gezondheid, waar ik in de volgende paragraaf nader op terug kom.

Heldere governance publieke gezondheid

Om bovenstaande beleidsinzet goed vorm te kunnen geven hecht ik waarde aan een heldere governance voor de publieke gezondheid middels gremia, waarin korte en lange termijntrajecten op het terrein van publieke gezondheid samenkomen en waarin partijen elkaar vanuit een duidelijke rolverdeling kunnen aanspreken. Dergelijke gremia ontbreken nu: er is al geruime tijd geen sprake meer van een (bestuurlijk) overleg, waar de verschillende grote onderwerpen voor publieke gezondheid samenkomen. En de gezamenlijke, bestuurlijke aandacht voor de lange termijn ontbreekt nagenoeg.

Ik ben daarom voornemens een Bestuurlijk Overleg Publieke Gezondheid (BO PG) op te richten met diverse relevante bestuurlijke partners, zoals de VNG, afhankelijk van het thema dat daar geagendeerd wordt. Doel van het Bestuurlijk Overleg is dat relevante beleidsstukken in het kader van publieke gezondheid bestuurlijk besproken worden, waarna het kabinet aan de hand van de inbreng een besluit kan nemen. Het BO PG zal ook de samenhang tussen de verschillende prioriteiten op het gebied van publieke gezondheid moeten borgen. Hierbij worden zaken besproken zoals de voortgang op het thema 'gezondheid in alle beleidsterreinen', de agenda mentale gezondheid, gezondheid & leefomgevingsvraagstukken, de voortgang van het investeringsmodel preventie of andere relevante thema's die bestuurlijk commitment en agendering behoeven. Het BO kan ook opdracht geven voor het uitwerken van onderwerpen die op de lange termijn spelen (zie verder hierna).

Daarnaast richt ik voor het bewaken van de lange termijn een begeleidingsgroep 'Gezond geweten' in met wetenschappers, veldpartijen zoals (afgevaardigden van) wethouders, (afgevaardigden van) directeuren publieke gezondheid en professionals uit zorg- en welzijnsdomeinen. Deze begeleidingsgroep adviseert de leden van het bestuurlijk overleg over de onder punt 3 genoemde inhoudelijke lijnen voor de lange termijn (toekomstgerichte beeld komende jaren, doelen en vraagstuk centrale aansturing). Daarnaast kan de begeleidingsgroep bewaken dat de plannen die de publieke gezondheid raken worden geagendeerd en gezamenlijk optellen tot een weloverwogen landelijke lange-termijnambitie.



Kenmerk

4080104-1079891-PG

Met deze twee gremia worden bouwstenen geleverd voor het gezamenlijk bepalen en uitwerken van de koers, waarlangs het stelsel zich zou moeten bewegen. Wat betreft de deelname daaraan kan ik me voorstellen dat er verschillende organisaties aanschuiven afhankelijk van het te agenderen thema. Hoe dit er precies uit zal zien, zal ik samen met relevante partijen (en eventueel andere ministeries) ontwikkelen. Begin 2026 zal ik een voortgangsrapportage sturen.

Regeringscommissaris

De RVS geeft aan dat ook andere ministeries meer expliciete verantwoordelijkheid moeten nemen voor publieke gezondheid. De RVS raadt daarom een landelijk regisseur aan in de vorm van een zogenaamde regeringscommissaris die met alle betrokkenen op lokaal en regionaal niveau een 'Deltaplan publieke gezondheid' opstelt. Onderdeel van het plan zou het formuleren van een voorstel voor wettelijke verankering van gezondheidsdoelen zijn, het monitoren van de voortgang in het naderen van die doelen en bij stagnatie het formuleren van voorstellen tot bijstelling van beleid. De RVS adviseert dat deze persoon bij Koninklijk Besluit wordt benoemd met een duidelijke opdracht en bevoegdheid om ingrijpende structurele voorstellen voor te bereiden met een verplichting van het kabinet om hierover te besluiten.

Het voorstel van de RVS voor een regeringscommissaris is verstrekkend. Er zijn niet meer bestuurslagen nodig, maar er is juist meer uitvoering nodig. Het doet mijns inziens het huidige functioneren van diverse wettelijke stelsels, de hierin belegde verantwoordelijkheden en de complexiteit die dit met zich meebrengt, tekort. Overheden, veldpartijen, professionals, maar ook de Nederlander zelf zijn allen verantwoordelijk voor het gezond worden of gezond blijven van de samenleving.

Daarom neem ik het voorstel van de RVS niet over. Het is mijns inziens vooral belangrijk partijen in positie te brengen. Dat beogen we ook met het traject en de inrichting van de governance zoals ik hierboven heb geschetst.

Motie Tielen consultatiebureau ouderen

Bij de behandeling van de begroting van VWS over 2024 heeft Kamerlid Tielen een motie¹² ingediend die de regering verzoekt te onderzoeken of en hoe een consultatiebureau voor ouderen eenduidige toegang tot preventie en vroegsignalering kan bieden, met een positief effect op de werkdruk in de eerstelijnszorg. In het advies over preventieve ouderengezondheidszorg¹³ geeft AEF aan dat uit eerdere proeven blijkt dat een consultatiebureau voor ouderen niet leidt tot betere gezondheid maar wel leidt tot een toename in de zorgvraag. AEF wijst op de rol van de huisarts op gebied van preventieve ouderenzorg en de effectiviteit van lokale initiatieven vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor de aanpak van sociale problematiek. Alles overziend oordeelt AEF dat consultatiebureaus voor ouderen weinig meerwaarde hebben.

Bij de verkenning van een basistakenpakket neem ik zoals hierboven geschetst de aanbevelingen van AEF voor wat betreft de preventieve ouderengezondheidszorg waar relevant mee. Daarbij ligt het voor de hand om ook te kijken naar de rolverdeling tussen huisarts en sociaal domein waar het gaat om de signaalfunctie en laagdrempelige toegang voor (kwetsbare) ouderen.

¹² Kamerstukken 2023/24, 36410 XVI, nr. 50

¹³ [Rapport Preventieve ouderengezondheidszorg](#)



Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie Tielen en aan de toezegging van de toenmalige staatssecretaris van VWS aan uw Kamer tijdens het Commissiedebat Leefstijlpreventie van 16 mei 2024 om uw Kamer te informeren over de mogelijkheden rondom consultatiebureaus voor ouderen.

Kenmerk

4080104-1079891-PG

Jeugdgezondheidszorg

Het versterken van de publieke gezondheid behelst uiteraard ook één van haar belangrijkste pijlers, de JGZ. De JGZ signaleert en geeft kinderen en hun ouders voorlichting, advies, instructie en lichte ondersteuning en adviseert gemeenten over te nemen collectieve maatregelen. Hiermee kan de eigen kracht van kinderen, jongeren en ouders worden versterkt en (indien mogelijk) kunnen ervaren problemen worden genormaliseerd. Als er een risico of probleem gesignaleerd wordt door de JGZ en er intensievere ondersteuning nodig is, dan vindt dit plaats vanuit de preventieve activiteiten op grond van de Jeugdwet. Dit kan bijvoorbeeld door het inzetten van specifieke programma's of (groeps)activiteiten, zoals Voorzorg, mentale gezondheid en opvoedcursussen. De gemeente bepaalt wie deze programma's uitvoert. De positie van de JGZ wordt verder versterkt. Als uitwerking van de Hervormingsagenda Jeugd wordt in de Jeugdwet de positie van de JGZ als overlegpartner van de gemeenten voor preventief jeugdbeleid verankerd.

Verder wordt verkend of de JGZ in lijn met haar huidige taken een rol kan vervullen bij opsporing van en screening op allergieën en andere aandoeningen, zoals nu al het geval is met het testen op koemelkallergie. In dit kader zal ik uw Kamer binnenkort voorzien van mijn antwoord op de motie van het lid Tielen over de glutenscreening.

Met het pakket aan maatregelen dat ik de afgelopen maanden in verschillende Kamerbrieven aan uw Kamer heb gepresenteerd en de stappen die ik wil gaan maken voor een sterkere governance om verder te bouwen aan een stevig fundament van de publieke gezondheid heb ik er vertrouwen in dat we met elkaar de goede kant op gaan richting een gezond Nederland voor ons allemaal.

Ik vertrouw erop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,

de staatssecretaris Jeugd,
Preventie en Sport,



Vincent Karremans



Toekomst publieke gezondheid

Samenvatting van verdiepingssessies met professionals, bestuurders en wetenschappers

28 mei 2024

Inleiding

Verdiepingssessies toekomst publieke gezondheid

- In maart en april 2024 hebben er op het ministerie van VWS zes verdiepingssessies plaatsgevonden met professionals, bestuurders en wetenschappers. De sessies gingen over de toekomst van de publieke gezondheid. Adviesbureau KWINK groep heeft deze sessies begeleid.
- De sessies in maart en april 2024 bouwden voort op de *Inspiratiekaart Beleidsagenda publieke gezondheid*. De Inspiratiekaart is het product van drie denksessies in december 2023 over de mogelijke doelen voor het Nederlandse publieke gezondheidstelsel in 2030 en enkele beleidsopties om daar te komen.
- Het doel van de sessies in maart en april 2024 was om de eerdere opbrengst van de Inspiratiekaart te verdiepen. De verdiepingsslag dient als input voor VWS (en de toekomstige nieuwe bewindspersonen) voor de verdere beleidsvorming.
- Deelnemers aan de verdiepingssessies waren wethouders, hoogleraren en bestuurders en professionals van de GGD, de JGZ, de ouderenzorg en uit het sociaal domein. Het ministerie van VWS nam deel als toehoorder.

Leeswijzer

- In dit document zijn de opbrengsten van de verdiepingssessies zo feitelijk mogelijk samengevat.
- Voorliggend document moet worden gezien als een samenvatting van de punten die tijdens de zes sessies in maart en april aan bod zijn gekomen. De inhoud van deze notitie bevat geen duiding, verklaring of analyse van wat er is gezegd, is geen weergave van de mening van VWS en moet ook niet worden gezien als advies vanuit KWINK groep.
- Omdat tijdens de zes verdiepingssessies een veelheid aan onderwerpen aan bod is gekomen, is geprobeerd om een clustering aan te brengen. Deze is afgeleid van, maar komt niet volledig overeen, met de indeling van de Inspiratiekaart. De hoofdonderwerpen zijn: beleid, aansturing en bekostiging.
- In de laatste vier sessies is het gesprek gevoerd aan de hand van stellingen. In de sheets wordt soms naar die stellingen verwezen.

1. Beleidsvorming

1. Wat is publieke gezondheid?
2. Transformatieaanpak
3. Benodigde infrastructuur
4. (Wettelijke) doelen en verplichtingen
5. Verbieden en belasten
6. Sociale determinanten & domein-overstijgende aanpak

1.1. Wat is publieke gezondheid?

- De Wpg bevat een definitie van publieke gezondheidszorg: *‘de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’*.
- Deelnemers brachten in dat publieke gezondheid de verbindende schakel vormt tussen het sociaal domein, het curatieve domein en de langdurige zorg.
- Publieke gezondheid is nu erg verbonden aan GGD'en en gemeenten, maar is breder dan dat: ook het sociaal domein en de jeugdzorg zijn bijvoorbeeld belangrijk voor de publieke gezondheid.

Publieke gezondheid en collectiviteit

- Publieke gezondheid gaat over een collectief aanbod en collectieve voorzieningen. En breder dan dat: over ‘het collectief’. Daarom werd geopperd dat het woord ‘volksgezondheid’ passender is, omdat dit meer uitdrukking geeft aan het collectieve element.
- Publieke gezondheid is iets dat in het publieke domein wordt georganiseerd. Tegelijkertijd wierpen sommige gespreksdeelnemers op dat private partijen, zoals werkgevers/bedrijven, ook hun verantwoordelijkheid op dit onderwerp kunnen en moeten pakken.

De waarde van publieke gezondheid

- Tijdens de sessies kwam aan bod dat publieke gezondheid een doel in zichzelf is; burgers vinden het onderwerp op zichzelf belangrijk.
- En tegelijkertijd is publieke gezondheid ook een middel, bijvoorbeeld voor ontplooiing van het individu en nog breder: voor de ontplooiing van de samenleving (denk aan arbeidsproductiviteit of kansengelijkheid). Of een middel om binding in de samenleving te creëren. De covid-19 crisis was een moment waarop de waarde van de publieke gezondheid extra zichtbaar werd. In dat opzicht moet de waarde van publieke gezondheid dus gezien worden als meer dan het voorkomen van zorg.

Naar een ander narratief

- Het narratief over publieke gezondheid kan anders en positiever. We moeten bijvoorbeeld de focus verleggen van zorg naar gezondheid. Concreet bijvoorbeeld door niet alleen te meten op ziekte, maar ook op gezondheid. En we kunnen nog meer uitdragen dat vrijwel iedereen baat heeft bij een verbeterde publieke gezondheid.

1.2. Transformatieaanpak (1/2)

- De volgende stelling kreeg steeds veel stemmen van de gespreksdeelnemers: *‘De uitdagingen rondom publieke gezondheid zijn zo hardnekkig dat deze alleen kunnen worden opgelost met een **langjarige transformatieaanpak**, samen met veldpartijen en de samenleving. Vergelijkbaar als bij transformaties rond energie of water. Deze transformatieaanpak moet verder reiken dan alleen het doorvoeren van wijzigingen in het stelsel van publieke gezondheid.’*
- Gespreksdeelnemers zijn het eens met deze stelling. Men geeft aan dat er een aantal grote uitdagingen zijn op het gebied van publieke gezondheid. Kortetermijnoplossingen of -aanpakken volstaan niet; als we echt wat willen bereiken op het terrein van publieke gezondheid, zullen we een **langjarige** blik moeten hebben.
- Er is behoefte aan een **langjarige strategie over de regeerperiode heen** met bijbehorende waarden en doelen. De strategie moet helpen om kracht te maken met elkaar en het onderwerp publieke gezondheid op de kaart te zetten.
- VWS kan aanjager zijn, maar de transformatie moet niet alleen vanuit VWS komen. **Eigenaarschap** en **gezamenlijkheid** zijn belangrijke uitgangspunten:
 - De transformatie moet niet alleen vanuit VWS komen, maar alle relevante partijen moeten **eigenaarschap** gaan tonen. Er wordt nu nog te veel naar elkaar gekeken en te weinig in gezamenlijkheid opgepakt.
- Samenwerking is enorm belangrijk. De partijen die de meest essentiële rollen hebben, moeten de opgave in **gezamenlijkheid** aangaan. Partijen moeten met elkaar samenwerken op een manier die het eigen organisatiebelang overstijgt. We moeten ook nadenken over hoe de burger/samenleving daarin betrokken kan worden.
- Een **transformatie** gaat altijd over van ‘iets’ naar ‘ergens’ en over dingen fundamenteel anders doen. Tijdens de sessies zijn voor het thema publieke gezondheid verschillende suggesties gedaan voor de invulling van de transformatie, bijvoorbeeld:
 - Van een systeem naar een netwerk: zowel op landelijk niveau, als op het niveau van regio’s en het lokale niveau.
 - Publieke gezondheid breder gaan benaderen en de beweging maken naar ‘health in all policies’.
 - De focus op individuele leefstijl verbreden naar de omgeving, en de aanpak bijvoorbeeld ook op industrieën richten.
 - De effectiviteit van maatregelen op een andere manier gaan waarderen: vanuit toetsen aan voorkomen van zorg, naar toetsen aan de brede welvaart die het oplevert.

1.2. Transformatieaanpak (2/2)

- Er zijn al plekken waar een beweging in de goede richting ontstaat en **voorbeelden waarvan we kunnen leren**, bijvoorbeeld:
 - Vanuit het IZA zie je dat regionaal vanuit de zorg steeds meer de verbinding met het sociaal domein wordt gezocht. En dat gemeenten en zorgverzekeraars meer in gezamenlijkheid optrekken. Kanttekening bij het IZA is wel dat het nog erg is ingegeven vanuit het voorkómen van zorg, en nog niet zozeer vanuit een bredere benadering van gezondheid.
 - Een ander concreet voorbeeld is ‘ouder worden 2040’. Onder ‘ouder worden 2040’ is samen met allerlei betrokkenen een visie ontwikkeld en een transformatieagenda opgesteld voor de toekomst van ouderen in Nederland.
 - Het is slim om lessen uit andere transitie mee te nemen. Bijvoorbeeld uit de energietransitie, waarbij alle overheidsniveaus (en het bedrijfsleven en maatschappelijk middenveld) met elkaar samenwerken. Of het waterbeheer: daar ontstond de beweging zowel van onderaf (inwoners en gemeenten ervoeren urgentie) als van bovenaf (het Rijk stuurde met een langjarig Deltaplan, met behulp van een Deltacommissaris en een Deltafonds). Partijen werkten samen en overstegen daarbij hun eigen belangen.

1.3. Benodigde infrastructuur (1/2)

- Gespreksdeelnemers wilden graag spreken over de volgende stelling: *‘Het ontbreekt nu aan een infrastructuur/mechanisme waar partijen elkaar kunnen spreken over de visie, gezamenlijk keuzes maken en – vooral – elkaar aanspreken en ter verantwoording kunnen roepen.’*
- Gespreksdeelnemers zijn het over het algemeen eens met deze stelling. Op **systeemniveau** is een infrastructuur nodig waar met elkaar kan worden gesproken over strategie en de lange termijn aanpak, en waar partijen elkaar aanspreken als doelen niet worden gehaald of afspraken niet worden nagekomen.
- Deze infrastructuur kent verschillende **niveaus: landelijk, regionaal en lokaal**. Op ieder van de niveaus is er een sterk **netwerk** nodig, bijvoorbeeld in de vorm van ‘tafels’, die onderling ook weer met elkaar in verbinding staan.
 - De netwerken geven gezamenlijk handen en voeten aan de **langetermijnaanpak**. De regionale en lokale netwerken doen dit door voor hun werkgebieden een langetermijnaanpak te formuleren die aansluit bij de regionale en lokale context. Het landelijke netwerk stimuleert en bewaakt dat de plannen gezamenlijk optellen tot de gezamenlijke, landelijke langetermijnambitie. Hiermee faciliteert de infrastructuur zowel een beweging van onderop als van bovenaf.
 - Binnen de netwerken wordt **domeinoverstijgend** gewerkt, door bijvoorbeeld een basisinfrastructuur te organiseren waar verschillende partijen uit verschillende domeinen met elkaar praten.
- Het netwerk kan een plek zijn om kennis uit te wisselen. Het kan een plek zijn waar het **‘lerend monitoren’** handen en voeten krijgt. Aan de tafels kan worden gesproken over de inzichten die de monitoring oplevert. Nu sijpelt kennis, die binnen nationale instituten wordt gegenereerd, niet altijd voldoende door naar de regio en andersom. Zo hebben GGD’en bijvoorbeeld heel veel regionale kennis in huis die ook voor andere GGD’en of nationale instituten waardevol is. De infrastructuur moet een plek zijn waar lokale kennis en de algemene inzichten bij elkaar komen.
- Voor het inrichten van de infrastructuur kan voortgebouwd worden op bestaande netwerken. Er bestaan op landelijk, regionaal en lokaal niveau namelijk al netwerken rondom publieke gezondheid, maar deze netwerken behoeven verbinding, versteviging en verbetering:
 - Publieke gezondheid is een breed onderwerp, en dat betekent dat een diversiteit aan partijen aangesloten moet zijn bij de netwerken. Momenteel zitten nog niet altijd de juiste partijen aan tafel. Bijvoorbeeld: ActiZ Jeugd is afwisselend wel en niet aangesloten. En een gespreksdeelnemer noemde dat het nuttig zou zijn om Sociaal Werk Nederland ook aan te sluiten.
 - Er zijn regio’s waar al een netwerk is ontstaan, maar de invulling en de volwassenheid van de samenwerking verschilt per regio.

1.3. Benodigde infrastructuur (2/2)

- **Wie** zouden er aangesloten moet zijn op zo'n infrastructuur?
 - De gespreksdeelnemers zijn het er over eens dat dit een **diverse groep** partijen moet zijn, liefst uit verschillende domeinen. Een uitdaging /discussiepunt daarbij is: welke domeinen ga je precies betrekken en waar baken je het af?
 - Je zou vanuit de regio steeds andere vertegenwoordigers aan kunnen laten sluiten (mede afhankelijk van het voorliggende onderwerp), zodat er variatie in de groep ontstaat.
 - Een vraag hierbij is ook: wat is de rol van de burger/samenleving? Hoe kunnen die een plek krijgen in deze infrastructuur?
 - Gespreksdeelnemers geven aan dat de infrastructuur iets is wat moet groeien, dat bijvoorbeeld gaandeweg geconstateerd kan worden dat een bepaalde partij nog ontbreekt en dat die dan alsnog aangesloten kan worden.
- **Wat** is er verder nodig voor zo'n infrastructuur?
 - **Gelijkwaardigheid** en **vertrouwen** tussen partijen. Die gelijkwaardigheid ontstaat wanneer partijen elkaar leren kennen en ontdekken wat de ander voor dezelfde burger kan betekenen.
 - Een **gezamenlijke visie**, doelen en verantwoordelijkheid. Als partijen

de gezamenlijke opgave scherp hebben, kunnen zij daarin samen oplopen.

- Een gevoel van **interdependentie**: partijen voelen dat ze elkaar nodig hebben en dat ze elkaar kunnen versterken.
- Voldoende **tijd** om dit duurzaam neer te zetten.
- En heel praktisch: een goede, gezagvolle **voorzitter**.

1.4. (Wettelijke) doelen (1/2)

- Gespreksdeelnemers zijn het eens dat een visie op publieke gezondheid **duidelijke doelen** moet bevatten. Argumenten daarvoor zijn:
 - Voor een langdurige aanpak (zie 1.2) is richting nodig en het stellen van doelen helpt daarbij.
 - Het hebben van gezamenlijke, overkoepelende doelen, maakt dat je kracht kan maken met elkaar. Ook op lokaal niveau: lokale kracht kan beter georganiseerd worden als je op een hoger niveau overkoepelende doelen hebt.
 - Overkoepelende doelen maken een domeinoverstijgende samenwerking makkelijker.
- Tegelijkertijd is door sommige gespreksdeelnemers ingebracht dat hier en daar al doelen zijn geformuleerd. Bijvoorbeeld in het topsectorenbeleid en het IZA. Kanttekeningen daarbij zijn wel:
 - In dit soort documenten is publieke gezondheid niet altijd een doel op zich. In het IZA is het bijvoorbeeld vooral ingestoken vanuit het verminderen van zorg en in het topsectorenbeleid wordt het onderwerp erg economisch aangevlogen.
 - Partijen hebben zich aan deze doelen gecommitteerd, maar de doelen zijn niet wettelijk vastgelegd.
- Partijen waren het niet helemaal eens over de vraag of het **wettelijk vastleggen** van doelen gaat helpen. Argumenten om doelen wel wettelijk vast te leggen, zijn:
 - Je creëert een gemeenschappelijk kader waaraan iedereen kan toetsen. Er staat iets in de wet waar alle partijen naartoe kunnen werken.
 - ‘Health in all policies’ valt wellicht makkelijker te realiseren als er wettelijke doelen zijn waarnaar VWS kan verwijzen. Dit voorkomt dat andere ministeries het gevoel krijgen: ‘Waar bemoeit VWS zich mee?’ Er zijn dan wettelijke doelen waarnaar VWS kan verwijzen en die legitimerend werken.
 - Voor gemeenten helpt het als de vrijblijvendheid eraf wordt gehaald. Investerings in voorzieningen op het gebied van publieke gezondheid (denk aan een sportveld of -park) moeten doorgaans concurreren met andere gemeentelijke uitgaven die makkelijker (kwantitatief) zijn te onderhouden. Verwijzen naar een wettelijk doel helpt bestuurders om het belang van investeringen in publieke gezondheid te kunnen beargumenteren.
 - In het verlengde van het vorige punt heeft het vastleggen van wettelijke doelen ook als voordeel dat het minder gemakkelijk wordt om op publieke gezondheid te bezuinigen. Een gemeente zal zich immers nadrukkelijker moeten verantwoorden als de resultaten achterblijven en het doel niet wordt gehaald. Wel is hierbij opgemerkt dat het wettelijk vastleggen van een doel alleen niet voldoende is om bezuinigingen op het onderwerp publieke gezondheid te voorkomen. Ook wanneer er een wettelijk doel is, zal waarschijnlijk worden gezocht naar manieren om toch op het onderwerp te bezuinigen.

1.4. (Wettelijke) doelen (2/2)

- Over **wélk type doelen** er vastgelegd zouden moeten worden, bestaat nog geen eenduidig beeld. Dit behoeft verdere uitwerking. Suggesties die in dit kader door de gespreksdeelnemers zijn genoemd, variëren:
 - Van heel abstract naar heel concreet (bijvoorbeeld voorschrijven dát gemeenten bepaalde programma's moeten uitvoeren vs. hóe ze dat moeten uitvoeren in termen van concrete maatregelen/verplichtingen).
 - Argumenten voor een **hoog abstractieniveau** zijn dat dit in staat stelt om op regionaal of lokaal niveau de concrete vertaalslag te maken en dat dit de autonomie van gemeenten respecteert.
 - Aan de andere kant: **concretere doelen** zijn minder vrijblijvend. Als mogelijk nadeel is ingebracht dat te concrete doelen in de praktijk kunnen gaan fungeren als een soort 'takenlijst/vinkjes zetten'.
- Doelen richten op het **publiek** vs. doelen richten op de **omgeving**/oorzaken (bijvoorbeeld richting de industrie). In dat kader is genoemd dat via de wet een **level-playing field kan** worden gecreëerd door te verbieden en te belasten (zie 1.5).
- Er is gesuggereerd om als doel vast te leggen dat binnen een bepaalde termijn, nog maar x% van de populatie rookt. Als kanttekening werd daarbij geplaatst: wat betekent dit voor kwetsbare mensen die binnen dat percentage zullen vallen? Laten we die niet in de steek? En werkt dit

gezondheidsverschillen niet juist in de hand?

1.5. Verbieden en belasten

- In onze moderne samenleving staat de gezondheid onder andere onder druk door het verdienmodel van bepaalde bedrijven, zoals tabaksbedrijven, fabrikanten van vapes en ultrabewerkt voedsel en vervuilende uitstoters. Het enkel richten van het beleid op (de leefstijl van) het individu is niet effectief, zolang het aanbod of de omgeving niet wordt aangepakt. Met andere woorden: het is belangrijk om **‘bovenaan’ de kraan dicht te draaien** en bepaalde zaken (in de omgeving/het aanbod) te verbieden of te belasten.
- Door gespreksdeelnemers is opgeworpen dat het verbieden of belasten kan overkomen als betutteling. Door andere gespreksdeelnemers is daar tegenin gebracht dat het individu dagelijks door (de marketing van) de industrie wordt verleid om ongezonde keuzes te maken. Deze gespreksdeelnemers vragen zich af: waarom accepteren we die sturing/beïnvloeding wel vanuit de industrie en niet vanuit de overheid?
- Door (wettelijk) bepaalde dingen te verbieden of te belasten wordt er een **level-playing field** gecreëerd waarbinnen bedrijven kunnen concurreren. Dit level-playing field moet van bovenaf (door te belasten/te verbieden) worden opgelegd, omdat:
 - Gemeenten of lokale partijen dit level-playing field niet altijd zélf kunnen creëren omdat er soms sprake is van concurrentie tussen gemeenten onderling. Zonder Rijksbeleid die de concurrentie tussen gemeenten uitschakelt, worden gemeenten (en andere lokale partijen) tegen elkaar uitgespeeld. Bijvoorbeeld: in Groningen wilde McDonalds een vestiging neerzetten naast een weg, maar de gemeente Groningen wilde dit niet. Vervolgens vestigde deze McDonalds zich aan de overkant van de weg, in gemeente Tynaarlo, waar dit werkgelegenheid opleverde.
 - We vanuit voorbeelden weten dat verbieden en belasten effectieve maatregelen zijn. Bijvoorbeeld in de tabaksindustrie: daar is het verbieden van reclame voor tabak effectief geweest.
 - Verder is genoemd dat bijvoorbeeld door rondom gokken verboden in de wet op te nemen, de druk op de zorg kan worden verminderd.
- Sommige gespreksdeelnemers gaven aan dat verbieden of belasten mogelijk een negatief effect hebben op het Nederlandse vestigingsklimaat.
- Anderen brachten daar tegenin dat bedrijven altijd een manier vinden om hun bedrijfsmodel aan te passen, zodat ze ook in een vernieuwde context (bijv. nieuwe regels t.b.v. volksgezondheid) winst zullen maken. De invoering van de suikertaks in Engeland is hierbij genoemd als voorbeeld, waarbij bedrijven twee jaar de tijd kregen om zich aan te passen aan de nieuwe regels. Ook kan het anticiperen op nieuwe regels bedrijven juist een concurrentievoordeel opleveren. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij afvalverwerking: eerst kwamen daar Nederlandse regels voor en hebben bedrijven zich daarop aangepast. Later kwam er EU-regelgeving en hadden die bedrijven een concurrentievoordeel t.o.v. buitenlandse bedrijven.

1.6. Sociale determinanten & domeinoverstijgende aanpak (1/2)

- Er bestaan **sociale determinanten** voor gezondheid (en gezondheidsverschillen). Maatregelen op een ander beleidsterrein dan het beleidsterrein van VWS kunnen een impact hebben op de volksgezondheid, bijvoorbeeld omdat ze die sociale determinanten beïnvloeden. Bijvoorbeeld: het isoleren van woningen (beleidsterrein BZK/EZK), levert uiteindelijk ook winst op voor de gezondheid.
- Dit impliceert dat een domeinoverstijgende aanpak vereist is. Een manier om dat te bewerkstelligen is via: **‘health in all policies’**.
- Door de gespreksdeelnemers is benoemd dat ‘health in all policies’ een **verschuiving in waarden** impliceert. Het zegt namelijk iets over hoe de waarde ‘gezondheid’ zich verhoudt tot andere waarden. En kennelijk vinden we publieke gezondheid dan zo belangrijk, dat ook beleid vanuit andere domeinen daarop getoetst moet worden.
- In dit verband is gewezen op de volgende **voorbeelden**:
 - Schotland, waar beleid standaard wordt getoetst aan een aantal waarden, waaronder de waarde ‘gezondheid’.
 - In de Omgevingswet staat dat rekening moet worden gehouden met de gezondheid. Gespreksdeelnemers geven aan dat dit een stap in de goede richting is, maar dat de huidige invulling nog te vrijblijvend is.
- Door de gespreksdeelnemers is geconstateerd dat ‘health in all policies’ erg uitdagend is, onder andere omdat het een enorm breed begrip is (de vraag is dan: waar begin je?) en omdat je andere beleidsterreinen mee moet zien te krijgen.
- Daarnaast is genoemd dat ‘health in all policies’ alleen werkt als er **bovenliggende gezamenlijke doelstellingen** zijn. Want anders loop je het risico dat een bepaald beleidsterrein de eigen doelen toch net wat belangrijker vindt dan de gezondheidsdoelen, en dat het dan stukloopt.
- Door een enkeling is gesuggereerd dat – in plaats van in te zetten op ‘health in all policies’ – het misschien effectiever is om te focussen op onderwerpen/thema’s die sowieso winst opleveren voor meerdere beleidsterreinen. Naast het eerdergenoemde voorbeeld van woningisolatie is hierbij ook het thema ‘weerbaarheid’ genoemd. Op onderwerpen waarbij ‘het mes aan twee kanten snijdt’ zal het gemakkelijker zijn om samen te werken met andere beleidsterreinen.

1.6. Sociale determinanten & domeinoverstijgende aanpak (2/2)

Regeringscommissaris

- Het idee van een regeringscommissaris riep bij sommige gespreksdeelnemers in het begin twijfel op, maar uiteindelijk werd men in gesprek over dit onderwerp toch enthousiast over dit idee, omdat:
 - Er dan een rol/persoon is die over de lange termijn (ook over de bestuurlijke termijn van 4 jaar heen), het onderwerp kan aanjagen.
 - Een regeringscommissaris beter in staat is dan een minister om over de verschillende beleidsterreinen heen te kijken.
- Als nadelen bij dit idee zijn genoemd:
 - Het kan het gevoel van urgentie bij de departementen weghalen.
 - Het speelveld kan door de introductie van een nieuwe rol nog complexer worden.
- Aan de gespreksdeelnemers is vervolgens de vraag gesteld: Wat zou de regeringscommissaris voor **opdracht** moeten meekrijgen? Suggesties vanuit de groep waren:
 - Deze persoon moet vanuit het denken over publieke gezondheid de verbinding met 'cure' en 'care' opzoeken.
 - En breder: de verbinding leggen met andere beleidsterreinen en de verankering van gezondheid in beleid aan aanjagen ('health in all policies').
- De maatschappelijke discussie over dit onderwerp opzoeken (ook via de media) en actief pleitbezorger zijn (continu uitleggen wat het belang is van publieke gezondheid).
- De vinger op de zere plekken leggen en bijvoorbeeld met concrete voorstellen komen voor maatregelen. Een risico dat daarbij wel door de gespreksdeelnemers is genoemd, is dat deze maatregelen politiek weer zouden kunnen worden afgeschoten (zeker als degene die de rol vervult zelf ook een politieke kleur heeft).

2. **Aansturing**

1. Gelaagdheid: landelijk-regionaal-lokaal
2. Gemandateerde gemeenten

2.1. Gelaagdheid: landelijk-regionaal-lokaal

- Gespreksdeelnemers wilden het graag over de volgende stelling hebben: ‘Er moet **gelaagdheid komen in de uitvoering**: landelijk een uniform basispakket met maatregelen die door alle regio’s uitgevoerd moeten worden, per regio een pakket met maatregelen waaraan alle gemeenten in de betreffende regio zich committeren, aangevuld met lokale vrije ruimte die een gemeente naar eigen inzicht kan invullen.’
- Over het algemeen zijn de gespreksdeelnemers vóór deze stelling. Als **voordelen van deze aanpak** zijn o.a. genoemd:
 - Een uniform basispakket kan helpen om problemen effectief en efficiënt aan te pakken. Bijvoorbeeld rondom vraagstukken die spelen in meerdere regio’s (landelijk basispakket) of binnen een regio in meerdere gemeenten (regionaal basis).
 - Je weet zeker dat bepaalde basismaatregelen worden uitgevoerd. Als voorbeeld is het ‘prenataal huisbezoek’ genoemd: omdat dit in de wet als verplichting is opgenomen, wordt het ook uitgevoerd. Een ander voorbeeld is de gezonde schoolmaaltijd: in sommige wijken is daar misschien minder behoefte aan, maar als je het uniform organiseert, weet je zeker dat het gebeurt.
 - De maatregelen uit het basispakket kunnen door hun uniforme karakter makkelijker gemonitord worden. Zo’n monitor stelt VWS beter in staat om zijn stelselverantwoordelijkheid in te vullen. En andersom kan monitoring aantonen dat het opportuun is om een bepaald probleem landelijk aan te pakken, bijvoorbeeld als het probleem in meerdere regio’s speelt.
- Welke onderwerpen/maatregelen in het basispakket moeten vallen, en wat regionaal of lokaal ingevuld kan worden, is nog een openstaand discussiepunt. Door de gespreksdeelnemers is genoemd dat het goed is om dit basispakket vast te stellen in overleg met de regionale of lokale partijen, omdat dit bijdraagt aan het draagvlak. Als **voorbeelden** zijn genoemd:
 - Bepaalde vaccinaties horen in het landelijke, uniforme basispakket. Vraagstukken zoals: ‘hoe ga je om met mensen die zich niet laten vaccineren?’, moeten wellicht meer regionaal/lokaal worden aangepakt.
 - Andere genoemde voorbeelden zijn Kansrijke Start en schoolziekteverzuim. Schoolziekteverzuim is in de regio Rijnmond nu nog een aanvullend pakket, maar in die regio onderzoeken ze nu of dit regionaal uniform kan worden aangepakt.
- Om een efficiënte aanpak te bevorderen zouden voor sommige taken landelijk **specialistische teams** kunnen worden ingericht, zoals op het gebied van milieukunde. Bijvoorbeeld: in provincie Zeeland is behoefte aan specialistische kennis op het gebied van medische milieukunde, maar de provincie heeft beperkte beleidscapaciteit. Het inzetten van landelijke ‘vliegende keeps’ met specialistische kennis kan dan helpen. Voor bepaalde GROEP-disciplines, zoals GOR en PSH, wordt al jaren gewerkt met landelijke teams (ondersteuning RIVM-ARQ-Nivel met geormerkte VWS instellingssubsidie). En daarnaast CET PSH-GOR.

2.2. Gemandateerde gemeenten

- Kleine gemeenten hebben vaak weinig beleidscapaciteit, waardoor ze bijvoorbeeld slecht zijn aangesloten op de verschillende overleggenremia op het terrein van publieke gezondheid. Bovendien kan het voor GGD'en lastig zijn om meerdere gemeenten als eigenaar te hebben.
- Tijdens de sessies is een aantal keer gesproken over de mogelijkheid om in een regio een gemandateerde gemeente aan te wijzen, die namens alle gemeenten in de regio de aansturing van de GGD invult.
- De gespreksdeelnemers zagen bij het idee van een gemandateerde gemeente zowel voor- als nadelen.

Voordelen

- Het is voor GGD'en efficiënter om één gemandateerde gemeente als eigenaar te hebben. Nu moeten GGD'en met alle gemeenten in de regio in gesprek, en dat kost veel tijd.
- Het dwingt regionale samenwerking af. En voor bepaalde problemen is regionale samenwerking wenselijk.
- De vraagstukken waar gemeenten mee te maken hebben en de bijbehorende oplossingen, lijken vaak meer op elkaar dan dat ze verschillen. Doordat de afstemming en de aansturing van de GGD via één gemeente loopt ontstaat meer uniformiteit in de aanpak.

Nadelen

- Sommige gespreksdeelnemers vragen zich af of een gemandateerde gemeente voldoende beeld heeft van wat er speelt in de andere (kleinere) gemeenten en de specifieke problemen die daar spelen. En of zij daar voldoende rekening mee zullen houden.
- Het is een gezamenlijke opgave en dat betekent dat álle gemeenten iets te doen hebben. Sommige gespreksdeelnemers zijn bang dat het aanwijzen van een gemandateerde gemeente ten koste gaat van het door de andere gemeenten gevoelde eigenaarschap.
- Het hebben van meerdere lokale eigenaren draagt bij aan de continuïteit en vormt een stootkussen tegen de grillen van de politiek. Dat valt weg wanneer er één gemandateerde gemeente wordt aangewezen.
- Een gemandateerde gemeente zou in de praktijk een 'extra laag' vormen, wat zorgt voor meer bureaucratie.

3. **Bekostiging**

1. Economisch perspectief
2. Bewijsvoering
3. Financiering
4. Scheiding van financiering en aansturing

3.1. Economisch perspectief

- Eén van de stellingen die tijdens de sessies aan bod is gekomen, is: *‘Het ontbreekt aan een economisch perspectief op publieke gezondheid en preventie. In de toekomstvisie moet hierop worden ingezet.’*
- Een **uitdaging** is dat publieke gezondheid geen duidelijk verdienmodel heeft. Investerings in de publieke gezondheid leveren vaak pas op de langere termijn waarde op. En de kosten die daarmee worden bespaard, liggen niet altijd bij de partij die de oorspronkelijke investering heeft gedaan. Dat maakt het doen van investeringen in de publieke gezondheid nog niet altijd aantrekkelijk.
- Door enkele gespreksdeelnemers is aangegeven dat we het **economisch narratief** rondom publieke gezondheid anders moeten formuleren. Het huidige narratief schetst ten onrechte het beeld dat een verbetering van de volksgezondheid en economische groei niet samengaan. Dit beeld klopt niet. Het narratief moet verschuiven van ‘anti-markt’ naar ‘mét de markt’. In dit nieuwe narratief zijn milieu, economie en gezondheid gelijkgeschakeld, omdat ze elkaar niet in de weg zitten maar juist kunnen versterken. Het bedrijfsleven heeft namelijk belang bij gezonde en vitale medewerkers, bijvoorbeeld wanneer het gaat om productiviteit en het verminderen van ziektekosten.
- Tot slot is opgemerkt dat het belangrijk is om de economische waarde van publieke gezondheid (het economisch narratief) beter uit te dragen. Zowel

breed via de media als gericht op partijen rondom specifieke thema’s als arbeidsproductiviteit en -vitaliteit (grote werkgevers). We moeten beter uitdragen dat de hele samenleving (inclusief het bedrijfsleven) een belang heeft bij een verbeterde volksgezondheid; dan kunnen we kracht maken. Bedrijven moeten in dat verhaal worden meegenomen.

3.2. Bewijsvoering

- In de bijeenkomsten is gesproken over de volgende stelling: *De nadruk op ‘bewezen effectiviteit’ zit brede, langjarige gezondheidsaanpakken in de weg. De bewijsvoering (incl. relevante dataverzameling) voor effectieve aanpakken en interventies in publieke gezondheid moet opnieuw worden ontworpen.’*
- De gespreksdeelnemers zijn verdeeld over deze stelling:
 - Enerzijds wordt aangegeven dat we al heel goed weten welke maatregelen effectief zijn (bijvoorbeeld voor het tegen gaan van roken: het aanbod beperken, hogere prijzen, etc.) en welke niet.
 - Anderzijds herkent men het beeld dat je van bepaalde veelbelovende aanpakken pas kan meten of ze effectief zijn of waarde opleveren als je ze in de praktijk kan brengen. Dat maakt het soms lastig om middelen voor die maatregelen vrij te krijgen.
- Bewijsvoering kan je volgens gespreksdeelnemers niet alleen overlaten aan de markt, omdat de markt zal investeren in maatregelen waar een verdienmodel achter zit en waarvan ze zeker weten dat de effectiviteit waarschijnlijk aangetoond zal worden. En dat zijn vooral maatregelen die erg op de zorgkant zitten en minder op brede welvaart.
- Als we een verschuiving in financiële middelen naar publieke gezondheid willen bewerkstelligen, dan is het slim om de winst van investeringen in publieke gezondheid inzichtelijker te maken. Het zou daarom goed zijn om

de bewijsvoering op het gebied van publieke gezondheid verder te **professionaliseren**.

- Dit betekent onder andere dat moet worden ingezet op **‘lerend beleid’**. Daarin is naast bewezen effectieve maatregelen ook ruimte voor mogelijk effectieve maatregelen (met aanwijzingen voor effectiviteit), met daaraan gekoppeld de verplichting om tijdens de uitvoering de effectiviteit van de betreffende maatregel te onderzoeken. Dit vereist dat aan de voorkant al goed is nagedacht hoe de effectiviteit van een maatregel gemonitord kan worden.
- Idealiter wordt effectiviteit niet alleen getoetst in termen van kosten en het voorkomen van zorg, maar aan wat het oplevert voor gezondheid en welzijn in de breedte. We moeten scherper voor onszelf formuleren wanneer we vinden dat een maatregel op het gebied van publieke gezondheid, wel of niet succesvol is.

Verder lezen? Door de gespreksdeelnemers is verwezen naar het rapport **‘preventie op waarde schatten’**, van de technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie

3.3. Financiering

- Door de gespreksdeelnemers is geconstateerd dat er relatief weinig geld naar publieke gezondheid, bijvoorbeeld in verhouding tot de budgetten voor curatieve zorg. Als we echt stappen willen maken op het gebied van publieke gezondheid, zal er vanuit het publieke domein meer geïnvesteerd moet worden in dit onderwerp.
 - Het aan kunnen tonen van de effectiviteit van maatregelen (zie 3.2) kan bijdragen aan de **legitimatie van financiering** voor publieke gezondheid.
 - Daarnaast zijn bestuurders die serieus willen investeren in publieke gezondheid ook gebaat bij **'quick wins'**. Quick wins zorgen voor draagvlak en effenen het pad voor langetermijninvesteringen in publieke gezondheid waarvan de positieve effecten niet meteen zichtbaar zijn. Voorwaarde is wel dat de korte termijn quick wins ten goede komen aan de doelen die voor de lange termijn zijn gesteld en deze niet in weg zitten.
- Volgens de gespreksdeelnemers frustreert de wijze waarop de financiering momenteel is geregeld soms. Bijvoorbeeld omdat de **'schotten'** in de financiering integraal werken en samenwerking in de weg staat. De aan de financiering verbonden voorwaarden maakt bovendien dat er weinig ruimte overblijft om te experimenteren.
- Tijdens de sessies werd geconstateerd dat om echt een slag te kunnen

maken met publieke gezondheid **langetermijnfinanciering** geborgd moet worden. Er zijn verschillende ideeën aangedragen om tot die borging te komen:

- Geld **oormerken** voor de publieke gezondheid in plaats van 'vrij' te besteden geld via het gemeentefonds. Bezuinigingen op publieke gezondheid vormen voor gemeenten namelijk een reëel risico. Publieke gezondheid is een 'makkelijke' post om op te bezuinigen, omdat de effecten van investeringen op dit terrein (en bezuinigingen daarop) pas over op heel lange termijn voelbaar en zichtbaar zijn, voorbij de bestuurlijke termijn.
- Een **langjarig fonds** voor publieke gezondheid instellen, vergelijkbaar aan het Deltafonds. Dit beschermt tegen politieke grilligheid. Achter het Deltafonds zat een langjarig plan, er werd gestuurd met een delacommissaris, er was voldoende urgentiebesef, partijen werkten goed samen en het onderwerp was als het ware apolitek gemaakt.
- Het **scheiden van financiering en de aansturing** van de uitvoering, door de inhoudelijk aansturing bij gemeenten te laten maar de uitvoeringsorganisaties rechtstreeks vanuit het Rijk te financieren (zie voor meer toelichting 3.4).

3.4. Scheiding van financiering en aansturing

- Door een gespreksdeelnemer werd het idee ingebracht om de financiering en de aansturing van de uitvoering van elkaar te scheiden. Nu loopt het grootste deel van de financiering via gemeenten, die ook in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke richting. Als alternatief werd geopperd om uitvoeringsorganisaties rechtstreeks vanuit het Rijk te financieren en de gemeenten verantwoordelijk te laten voor de inhoudelijke aansturing.
- Tijdens de sessies ontstond geen overeenstemming over de vraag of dit een goed idee is of niet. Wel werden door gespreksdeelnemers voordelen en nadelen van dit idee opgeworpen.

Voordelen

- Gemeenten hoeven zich dan enkel en alleen bezig te houden met de aansturing van de uitvoering. Dat zorgt bij gemeenten voor het verleggen van de focus op geld naar aandacht voor de inhoud.
- Rechtstreekse financiering vanuit het Rijk maakt uitvoeringsorganisaties minder kwetsbaar voor lokale bezuinigingen door gemeenten. Het zou bovendien kunnen helpen om de continuïteit van de financiering voor de lange termijn te borgen. Zeker als de financiering vanuit het Rijk wordt gegoten in de vorm van een langjarig fonds.

Nadelen

- Door de groep werden vraagtekens geplaatst bij wat de scheiding van financiering en de inhoudelijke aansturing betekent voor het eigenaarschap van gemeenten. Als gemeenten het niet meer hoeven te hebben over het geld, blijft het onderwerp dan hun interesse vasthouden?
- Het gevaar werd benoemd dat gemeenten op het terrein van publieke gezondheid taakgerichte organisaties worden met weinig oog voor langetermijnopgaven en -doelen.
- Tegenover minder kwetsbaarheid voor lokale bezuinigingen staat het risico van bezuinigingen door het Rijk. En als het Rijk bezuinigt is de impact meteen fors.
- De vraag is opgeworpen of het Rijk wel voldoende voeling heeft met de praktijk om de hoogte van de benodigde financiering te kunnen bepalen.
- De vraag is ook of de financiering eenvoudiger wordt als uitvoeringsorganisaties rechtstreeks worden gefinancierd. Er zullen nog steeds gesprekken gevoerd moeten worden met de financier (dan: het Rijk) over de financiën.



KWINK
GROEP

A Nassaulaan 1
2514 JS Den Haag

T 070-359 695

E info@kwinkgroep.nl
W www.kwinkgroep.nl



Aan

Staatssecretaris JPS

Deadline: 14-10-2025

nota

Afschrift EK reactie rapport Raad voor Volksgezondheid
en Samenleving 'Op onze gezondheid'

8/10

TER BESLISSING

**Directoraat Generaal
Volksgezondheid**
Directie Publieke Gezondheid

Opgesteld door

Datum
2 oktober 2025

Kenmerk
4236816-1089594-PG

Zaaknummer
1089594

Bijlage(n)
1

1. Aanleiding

Op 16 april jl. is er een reactie op het Raad voor Volksgezondheid en Samenleving advies 'op onze gezondheid' naar de Tweede Kamer gestuurd. Er is toen vergeten de Eerste Kamer een afschrift te sturen. Bij deze nota is de brief aan de EK en de reactie op het RVS-advies bijgevoegd. Wij vragen u die te ondertekenen.

2. Geadviseerd besluit

Ik adviseer u akkoord te gaan met bijgevoegde aanbiedingsbrief en deze aan de Eerste Kamer te versturen.

3. Kernpunten

- De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft op 18 april jl. een ongevraagd advies geleverd: 'Op onze gezondheid'. Dit advies richt zich op de vraag welke inrichting van het stelsel voor de publieke gezondheidszorg passend is om huidige en toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden.
- De reactie op het advies richt zich op de inrichting van de Taskforce gezond geweten die zicht richt op de toekomst van de publieke gezondheid en diverse thema's gaat uitwerken (scenario's, doelstellingen, basispakket en governance).

4. Toelichting

a. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

De brief is in de Tweede Kamer behandeld op 10 september in het CD Publieke gezondheid. Hier zijn geen bijzonderheden naar voren gekomen.

b. Financiële en personele gevolgen
N.v.t.

c. Juridische aspecten haalbaarheid
N.v.t.

d. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)
N.v.t.

e. Gevolgen administratieve lasten



N.v.t.

f. *Toezeggingen*
N.v.t.

g. *Fraudetoets*
N.v.t.

Datum

2 oktober 2025

Kenmerk

4236816-1089594-PG

5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.