



Indiener: college van burgemeester en wethouders

Datum: 13 januari 2015

Portefeuillehouder(s): wethouder Koster

Portefeuille(s): Gezondheidsbeleid

Contactpersoon: A. de Leeuw

Tel.nr.: 06-35113543 **E-mailadres:** leeuw.a@woerden.nl

Onderwerp: Concept Kadernota 2016 GGD regio Utrecht

De raad besluit:

1. Kennis te nemen van de concept Kadernota 2016 van de GGD regio Utrecht
2. Aandacht te vragen voor:
 - 2.1 de mogelijke financiële gevolgen van de geschetste ontwikkeling in de Kadernota voor de begroting van de GGDrU en voor de inwonerbijdrage
 - 2.2 de risico's in de bedrijfsvoering die in de Kadernota worden benoemd en de afdekking daarvan
 - 2.3 het huidige stadium van uitwerking van de transities waardoor nog niet vast ligt welke taken de gemeente zal beleggen – of blijven beleggen – bij de GGDrU
3. In te stemmen met bijgaande brief aan de GGDrU waarin bovenstaande aandachtspunten zijn verwoord en deze door het college te laten verzenden.

Inleiding:

De (eerste) Kadernota van de GGD (inhoudende een aanzet op een sluitende visie op de dienstverlening door de GGD) is het resultaat van overleg in het dagelijks bestuur over ontwikkelingen en de toekomst van de GGD en was onderwerp van de bestuursconferentie van het algemeen bestuur in november 2014. De kadernota schetst belangrijke ontwikkelingen voor gemeenten en hun GGD op het gebied van de:

- publiek gezondheid
- veranderende wetgeving
- en de gevolgen hiervan voor de begroting van 2016.

De ontwikkelingen in de publieke gezondheid zijn per kamerbrief van augustus (zie bijlage 51i.00032) geactualiseerd: Nederland is bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. In de kamerbrief wordt de positie van de GGD als een belangrijke spilfunctie geschetst en de versterking van die positie van belang geacht. De inhoud van de kamerbrief is voor het bestuur en de directie van de GGD aanleiding om met gemeenten in gesprek te gaan over de toekomst van de GGD. De andere belangrijke aanleiding zijn de decentralisaties, de grotere rol van de gemeenten naar haar inwoners en de noodzakelijke verbindingen tussen verschillende domeinen, waaronder die van preventie en gezondheid. Gemeenten gaan opnieuw vaststellen wat ze van de GGD verwachten, er ontstaat een grotere variatie door individuele opdrachten. Dit heeft consequenties voor het bedrijfsmodel van de GGD.

De bevoegdheid van de raad komt voort uit de volgende wet- en/of regelgeving:

De Kadernota is formeel niet opgenomen in de gemeenschappelijke regeling. Vooruitlopend op de aankomende wijziging in de Wet van de gemeenschappelijke regelingen wil het algemeen bestuur de raad in de gelegenheid stellen invloed uit te oefenen op de beleidskaders en een zienswijze naar voren te brengen.

Beoogd effect:

Door de mogelijkheid een zienswijze in te dienen op de kadernota 2016 wordt de raad betrokken bij de totstandkoming van de begroting 2016, in een eerder stadium dan tot nu toe gebruikelijk is (pas bij de begroting zelf).

Argumenten:

1. *Kennisnemen van de concept Kadernota.* De nota geeft hoofdlijnen aan en is een overzichtelijk document waarin een reactie wordt geschetst op actuele ontwikkelingen, zowel binnen de publieke gezondheid als binnen de decentralisaties. De uitdagingen voor de GGD en de gemeenten zijn in beeld gebracht. Het is de eerste keer dat de kaders voor de toekomst los van de begroting zijn beschreven. De raad kan, *voordat* de ontwerpbegroting wordt aangeboden, de zienswijze geven. De zienswijze betreft de volgende aandachtspunten:
 - 2.1 *Aandacht voor de mogelijke financiële gevolgen.* In de Kadernota wordt aangegeven dat voor de begroting 2016 de vastgestelde begroting van 2015 het uitgangspunt zal zijn en dat dit uitgangspunt niet gewijzigd wordt anders dan door een realistische indexering. Echter er wordt ook gesproken over het niet overeenkomstig landelijke richtlijnen uitvoeren van medische milieukundige zorg, over benodigde extra formatie op een aantal functies. Tevens zullen de eventuele effecten van de wijziging van het basistakenpakket JGZ in de begroting van 2016 opgenomen worden. Verder wordt voorgesteld de technische hygiënezorg op te nemen in het gemeenschappelijk basispakket. De gemeente Woerden neemt die taak momenteel niet af. De gemeente heeft vraagtekens bij de vertaling van voornoemde punten naar de begroting. Uitgangspunt dient te blijven dat de inwonerbijdrage niet anders wordt verhoogd dan met een realistische indexering.
 - 2.2 *Aandacht voor de risico's in de bedrijfsvoering.* De Kadernota maakt duidelijk dat de GGD kwetsbaar is op bedrijfsvoering en dat inzicht nodig is in de belangrijkste risicogebieden en de financiële risico's die daaruit voortvloeien. In de nota wordt aangegeven dat de tekortkomingen onvoldoende opgepakt kunnen worden door een te lage formatie. Het is de gemeente nog niet duidelijk wat de gevolgen kunnen of zullen zijn voor de begroting van de GGD.
 - 2.3 *Het stadium van de uitwerking van de transities.* Van de taken die ook anders dan bij de GGD belegd kunnen worden, is door de gemeente Woerden nog niet besloten waar de uitvoering (of onderdelen daarvan) zal plaatsvinden. Het betreft vooral taken binnen de OGGZ. De gemeente is alert op dubbelingen of overlap in de uitvoering door verschillende organisaties. In dit stadium, waarin ook afgestemd wordt met de regio, is vrijheid en flexibiliteit nodig, alsmede ruimte voor innovatie.
 3. *Instemmen met bijgaande brief.* De zienswijze moet voor 5 maart 2015 ontvangen zijn door de GGD. Mocht u als gemeenteraad in de commissie van 4 februari of tijdens de raadsvergadering van 19 februari tot een andere zienswijze komen, dan zal de bijgevoegde brief zo snel mogelijk worden aangepast.
-

Kanttekeningen:

1. De uitdagingen zijn in beeld gebracht, de risico's benoemd. Over de uitwerking en financiële gevolgen is nog veel onduidelijk. Er kan daardoor nog geen sprake zijn van instemming.
2.
 - 2.1 De GGD is gehouden aan termijnen voor het opstellen van de begroting. De ervaring leert dat de eerste begroting een ruwe is en dat nadien nog begrotingswijzigingen volgen. De consequenties die voortvloeien uit de Kadernota zullen mogelijk niet in het geheel opgenomen zijn in de eerste begroting. Dit is een onzekere factor voor het opstellen van de gemeentelijke begroting.

- 2.2 Er is bij de GGD sprake van andere wet-en regelgeving en strengere financiële vereisten in een periode van sterke groei in omvang. Inmiddels is voor de bedrijfsvoering een plan van aanpak opgesteld.
- 2.3 Deels worden de risico's in de bedrijfsvoering veroorzaakt doordat gemeenten autonomie willen en keuzevrijheid hebben waardoor een kleiner collectief pakket wordt afgenomen. Overigens is reeds eerder besloten dat er spelregels zijn voor het uitnemen van taken die de financiële risico's voor de GGD beperken.

Financiën:

Mogelijk zijn (beperkte) extra middelen nodig voor technische hygiëne zorg als door het algemeen bestuur wordt besloten tot het opnemen van deze taak in het basispakket.

Financiële consequenties van de Kadernota zijn nog niet duidelijk. Het uitgangspunt van realistische indexering is voor de gemeente aanvaardbaar. Er is niet voorzien in extra beschikbare middelen voor een andere verhoging van de inwonerbijdrage.

Uitvoering:

De zienswijze moet voor 5 maart kenbaar gemaakt zijn. De brief met uw zienswijze zal na het raadsbesluit zo snel mogelijk verzonden worden naar de GGDrU. Het algemeen bestuur van de GGDrU stelt de Kadernota vast in de vergadering van 26 maart.

Communicatie:

Op 10 februari is tijdens een informatiebijeenkomst van de GGD voor gemeenteraden in de regio Utrecht West gelegenheid om geïnformeerd te worden over de diensten van de GGD, in gesprek te gaan over de beleidsinvloed en de dialoog te voeren over de verbinding tussen de GGD en de gemeenten.

Samenhang met eerdere besluitvorming:

Niet van toepassing; het is de eerste kadernota.

Bijlagen:

1. Kadernota 2016 GGDrU (14.021936)
2. Brief vanuit de gemeenteraad met als onderwerp 'Zienswijze op concept kadernota GGDrU 2016' (15U.00790)
3. Kamerbrief Betrouwbare publieke gezondheid, 28 augustus 2014 (15i.00032)

De indiener: college van burgemeester en wethouders

De secretaris

De burgemeester


drs. M.H.J. van Kruijsbergen


V.J.H. Molkenboer

Aan de Raad

Kenmerk : Uit-2014/04367/
Doorkiesnr. : 030-6086030
Bijlagen : 1
Datum : 15 december 2014
Onderwerp : Concept Kadernota 2016 GGDrU

Geachte Raad,

Zoals u is toegezegd bij het aanbieden van de ontwerpbegroting 2015 vindt u bijgevoegd de concept kadernota 2016 van de GGD regio Utrecht. Het algemeen bestuur heeft besloten deze in de tijd naar voren te halen. Dit brengt u in de gelegenheid reeds bij het tot stand komen van beleid een zienswijze naar voren te brengen en zo invloed uit te oefenen op de beleidskaders voor de GGD.

De 26 gemeenten in de regio hebben gezamenlijk deze GGD om de publieke gezondheid van hun inwoners te beschermen en te bewaken. Om deze rol zo goed en zo efficiënt mogelijk te vervullen is het bestuur op zoek naar een sluitende visie op de dienstverlening door de GGD: Hoe kan deze in het gezamenlijk eigenaarschap zo goed mogelijk aansluiten op de lokale situatie en behoeften van gemeenten. Het bestuur doet hiertoe een aanzet in deze kadernota en vraagt u als mede-eigenaar uw zienswijze te geven op deze kaders.

Deze kadernota is het resultaat van gesprekken in het dagelijks bestuur over ontwikkelingen en de toekomst van de GGD, resulterend in een bestuursconferentie met het algemeen bestuur op 24 november jl. Gelijktijdig heeft een ambtelijke consultatieronde plaatsgevonden. Deze kadernota is aansluitend, voor verzending aan u, besproken in het algemeen bestuur van 4 december 2014. Deze kadernota schetst de belangrijkste ontwikkelingen voor gemeenten en hun GGD op het gebied van publieke gezondheid, veranderende wetgeving en de gevolgen hiervan voor de begroting 2016.

Hoewel een kadernota formeel niet is opgenomen in de gemeenschappelijke regeling wil het algemeen bestuur, ook vooruitlopend op de aankomende wijziging van de Wet gemeenschappelijke regelingen, u in de gelegenheid stellen een zienswijze naar voren te brengen. Wij hanteren hierbij dezelfde termijnen als voor de zienswijze procedure voor begrotingen. Te weten, acht weken alvorens deze ter vaststelling wordt aangeboden aan het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur stelt de kadernota vast in de vergadering van 26 maart 2015. Na vaststelling van de kadernota verzendt het dagelijks bestuur de ontwerp begroting 2016 voor zienswijze aan u.

Ik verzoek u uw zienswijze voor 5 maart 2015 aan het bestuur van de GGD regio Utrecht kenbaar te maken.

Namens het dagelijks bestuur van de GGD regio Utrecht,


dr. P.L.J. Bos
Directeur Publieke Gezondheid

Concept Kadernota 2016

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Inleiding.....	3
GGD regio Utrecht	5
Samenvatting ontwikkelingen	6
Inzicht in taken GGDrU	8
Productgroep Algemene Publieke Gezondheid (APG)	10
Productgroep Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	14
Productgroep Bedrijfsvoering	17
Productgroep Projecten en bijzondere activiteiten	17
Financieel kader	18
Risico's.....	24

Voorwoord

Voor u ligt de eerste kadernota van de GGD regio Utrecht. Dit is de eerste keer dat een kadernota zo vroeg is opgenomen in de planning & control cyclus en voor zienswijze wordt voorgelegd. Het algemeen bestuur van de GGDrU wil de raden nadrukkelijk betrekken bij de invulling van de bestuurlijke kaders voor de GGD. Dit brengt hen in de gelegenheid reeds bij het tot stand komen van beleid een zienswijze naar voren te brengen en zo invloed uit te oefenen op de beleidskaders voor de GGD.

De 26 gemeenten in de regio hebben gezamenlijk deze GGD om de publieke gezondheid van hun inwoners te beschermen en te bewaken. Om deze rol zo goed en zo efficiënt mogelijk te vervullen is het bestuur op zoek naar een sluitende visie op de dienstverlening door de GGD: Hoe kan deze in het gezamenlijk eigenaarschap zo goed mogelijk aansluiten op de lokale situatie en behoeften van de gemeenten. Het bestuur doet hiertoe een aanzet in de kadernota en vraagt de raden als mede-eigenaar hun zienswijze te geven op deze kaders.

mr. V. Everhardt, voorzitter

Inleiding

De omgeving rond de GGD regio Utrecht is, zoals rond alle GGDen, in beweging. De kamerbrief Publieke Gezondheid maakt duidelijk dat Nederland bezig is met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. Het gaat niet alleen om de afwezigheid van ziekten, maar ook om eigen regie op het leven en participatie. Er zijn ingrijpende veranderingen in het preventiebeleid, de curatieve zorg, langdurige zorg, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Rode draad is de omslag van denken in termen van 'ziekte, zorg en afhankelijkheid' naar 'gezondheid, preventie en eigen kracht'. De rol van mensen zelf, zorgverleners, verzekeraars en de overheid verandert. Dit heeft consequenties voor de manier waarop we de publieke gezondheidszorg borgen en organiseren.

De gemeenten, eigenaren en tevens opdrachtgevers van de GGD regio Utrecht, krijgen in het sociaal domein een grotere rol op het terrein van de ondersteuning bij burgers thuis. De decentralisaties maken het gemeenten mogelijk dwarsverbanden te leggen tussen maatschappelijke ondersteuning, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Hierbij willen zij ook verbindingen leggen met preventie en gezondheid.

Hierin ligt de uitdaging van de GGD regio Utrecht en haar gemeenten voor de komende bestuursperiode besloten. Het is op dit moment nog onduidelijk wat de gevolgen zijn voor de uitvoering van de lokale taken en voor het totale stelsel van de publieke gezondheid.

In de kamerbrief schetst het Rijk vier kansen ten aanzien van de rol en positie van de GGD, maar signaleert zij tegelijkertijd ook risico's:

Kansen:

- Toezicht en controle gezondheidsrisico's
- Integrale aanpak
- Beleidsadviseur sociaal domein
- Verbindingen preventie – zorg – ondersteuning in de buurt

Risico's:

- Geen duidelijk beeld van de GGD, veel praktijkvariatie
- Diffuse aansturing door gemeenten
- Beperkt landelijk zicht op uitvoering van (wettelijke) taken
- GGD en Veiligheidsregio: Schaalcongruentie en schaalwijziging?!

Dit betekent dat de GGD regio Utrecht na een turbulente periode, met het toetreden van de gemeenten in de regio Utrecht West met de JGZ 0-4 en de gemeente Utrecht met de wettelijk verplicht bij de GGD te beleggen taken, in gesprek is met haar gemeenten over de toekomst.

Het dagelijks bestuur organiseerde daarom op 24 november 2014 een bestuursconferentie. Tijdens deze conferentie is een belangrijke eerste stap gezet in de invulling van een bestuurlijke agenda van de GGDrU voor de komende periode. Vijf thema's kwamen nadrukkelijk naar voren waar de GGDrU, bestuur en organisatie, de komende twee jaar mee aan de slag gaat:

1. **Een zichtbare GGD:** voor gemeenten en hun inwoners moet helder zijn waar de GGD van is en wat ze precies doet. Dit vraagt om een heldere taak- en rolomschrijving zodat de meerwaarde van de GGD beter herkend wordt. Raden weten wat de GGD is doet en wat deze voor de gemeente betekent.

2. **Een eenduidig takenpakket:** een solide basisinfrastructuur. Deze bestaat voor 75% uit collectieve taken die door de GGD voor alle gemeenten op dezelfde manier worden uitgevoerd. Dit vraagt om een gezamenlijk begrip van wat gemeenten en bestuur van de GGD gezamenlijk onder deze taken verstaan en daarmee een herijking van de basistaken. Dit betekent een gezamenlijk eigenaarschap van datgene wat gezamenlijk wordt uitgevoerd. Onder die voorwaarden kan sturing op de uitvoering van dat collectieve takenpakket op relatieve afstand worden vormgegeven.
3. **Lokale betrokkenheid:** voor 25% van de taken is het lokaal maatschappelijke kader leidend voor de GGD en gaat het om de verbinding met de gemeenten. In subregionaal verband maakt de GGD met gemeenten afspraken over de lokale invulling. In dit veld is de inzet van de professional publieke gezondheid (PPG), een op een verbonden aan de subregio, van grote meerwaarde. In deze situatie ligt het voor de hand dat de sturing voornamelijk op subregionaal niveau vorm krijgt.
4. **Kansen zien en benutten:** een snel veranderende omgeving vraagt om een GGD die proactief inspeelt op ontwikkelingen en deze voor gemeenten ook toepasbaar maakt. Dit betekent een GGD die de beleidsvragen voor gemeenten mede benoemt en deze vertaalt in een concrete taakuitvoering. De GGD biedt daarvoor best practices aan en initieert het adviserend gesprek met gemeenten om de opgaven waar gemeenten voor staan, gegeven de decentralisaties in het sociaal domein, succesvol in te vullen.
5. **Een degelijke organisatie:** bij een toekomstbestendige GGD hoort een organisatie met een solide bedrijfsvoering die inzicht heeft op (financiële) risico's en deze goed kan beheersen. De GGD moet kunnen voldoen aan de kwaliteits- en rechtmatigheidseisen die de wetgever, het bestuur en het goed werkgeverschap vragen.

Deze punten moeten leiden tot een GGD die, nog meer dan nu, klaar is voor de toekomst en goed weet in te spelen op de transities in het sociaal domein en zo een betrouwbare partner voor gemeenten is.

GGD regio Utrecht

De GGD is de organisatie van en voor gemeenten die de taken in de Wet publieke gezondheid en een aantal aanpalende taakvelden uitvoert. Hierin maakt de GGD een onderscheid tussen taken die verplicht op regionaal niveau, het niveau van de veiligheidsregio, bij een GGD belegd dienen te worden en taken die niet per se bij de GGD belegd hoeven te worden maar waarvoor gemeenten zelf kiezen om deze bij de GGD te beleggen.

Wettelijk bij de GGD te beleggen taken zijn taken als infectieziektebestrijding, medisch milieukundige zorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en -advies en de bevordering van psychosociale hulp bij rampen. Deze taken staan expliciet benoemd in de Wet Publieke Gezondheid (hierna: Wpg) als een gemeentelijke taak die verplicht belegd moet worden bij de GGD. De GGD voert deze taken uit conform de landelijk ontwikkelde richtlijnen, met de kanttekening dat op dit moment de medisch milieukundige zorg niet conform het landelijk overeengekomen niveau wordt uitgevoerd. Voor wat betreft de inspectie kinderopvang is het toezicht hierop verplicht opgedragen aan de directeur van de GGD, maar de uitvoering hiervan kan bij een andere organisatie worden belegd. Deze keuze is gemaakt voor de uitvoering hiervan door de gemeente Utrecht.

De wet maakt expliciet een uitzondering voor de jeugdgezondheidszorg en prenatale zorg. Gemeenten zijn conform de Wpg verplicht deze aan te bieden, maar, gemeenten hebben zelf de keuze deze taken bij de GGD of een private partij te beleggen. Voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg hebben inmiddels vijftien gemeenten, naast de zorg voor 4-19 jarigen die in de gemeenschappelijke regeling is opgenomen, de keuze gemaakt de zorg voor 0-4 jarigen bij de GGDrU te beleggen.

Naast deze 'Wpg taken' voert de GGD nog een groot aantal andere taken uit voor gemeenten. Allemaal taken die een wettelijke basis en gemeentelijke verantwoordelijkheid kennen, maar die niet verplicht bij een GGD belegd hoeven te worden. Openbare geestelijke gezondheidszorg, de uitvoering van de inspecties kinderopvang, lijkschouw en de verschillende leefstijl programma's zijn hier voorbeelden van.

Voor wat betref de begroting 2016 gaan wij uit van een op hoofdlijnen ongewijzigd beleid. De onzekerheden die zich al wel aftekenen schetsen wij in de hierna volgende paragrafen, maar er zijn geen vastgestelde grote veranderingen die aanleiding geven voor het bijstellen van de uitgangspunten anders dan een realistische indexering. Dit betekent dat voor de begroting 2016 de vastgestelde begroting 2015 het uitgangspunt zal zijn. Binnen de op te stellen begroting 2016 wordt één programma onderkend: Publieke Gezondheid. Binnen dit programma zijn de volgende vier productgroepen opgenomen: Algemene Publieke Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg, Bedrijfsvoering en Projecten en bijzondere activiteiten.

Samenvatting ontwikkelingen

Sociaal domein

De transformaties in het sociaal domein vormen nu de belangrijkste ontwikkeling voor gemeenten en daarmee voor de GGD regio Utrecht. De gevolgen van de herinrichting van het sociaal domein van gemeenten worden als eerste gevoeld in de uitvoering en inrichting van de jeugd(gezondheids)zorg en de openbare geestelijke gezondheidszorg.

Voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg (JGZ) maken de gemeenten de keuze voor een integrale JGZ (0-18 jaar), bij de GGD of elders, of staan zij aan de vooravond hiervan. Gezien het volume van de JGZ zijn deze keuzes van wezenlijk belang voor het bestaan en de organisatie van de GGD. Enige keuze over de JGZ brengt een sterke toename of afname van volume en de risico's die daarmee samenhangen met zich mee.

Voor wat betreft de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is het nu nog moeilijk de gevolgen van de individuele keuzes van gemeenten te overzien. Iedere gemeente is zelfstandig of in enig samenwerkingsverband op zoek naar nieuwe manieren om deze in te richten. Dit betekent dat de GGD met gemeenten zoekt naar vernieuwing, innovatie en verandering. Het is goed denkbaar dat deze keuzes van invloed zijn op de begroting, zij het met een toename of afname, van de GGD.

Veranderende regelgeving

Waar de transitie vooral indirect van invloed zijn op het werk van de GGDrU is de vaststelling van een nieuw basispakket voor de jeugdgezondheidszorg een belangrijke wetswijziging die rechtstreeks ingrijpt in het werk van de GGD. De precieze consequenties zijn nog niet helemaal duidelijk, duidelijk is wel dat er geen taken verdwijnen uit het huidige basispakket en dat uitbreiding hiervan vooral taken uit het huidige maatwerk betreft. Dit betekent dat, zolang het huidige maatwerk in stand blijft, het volume van werk gelijk zou kunnen blijven. Dan vindt een verschuiving van middelen en werk van individuele afspraken naar collectieve afspraken plaats. De wijze van overheadtoerekening is dan een belangrijk gespreksonderwerp.

De Wet veiligheidsregio's is gewijzigd met ingang van 27 september 2012. De eis tot gebiedscongruentie tussen veiligheidsregio's en GGDen was voor de GGD de belangrijkste consequentie. Nu met het toetreden van de gemeente Utrecht (de voormalige GG&GD) voldaan wordt aan de wettelijke vereisten kan verder gestalte worden gegeven aan de rol die de GGD heeft bij de voorbereiding op en bestrijding van crisis en rampen. Daarnaast ziet het er naar uit dat de inspectie voor de gezondheidszorg aan de hand van het landelijk ontwikkelde normenkader strikter gaat controleren op de inrichting en uitvoering van deze taak. Voor de GGDrU betekent dit een lichte uitbreiding van taken om beter voorbereid te zijn.

Op 9 juli 2014 is de Wijzigingswet Wet gemeenschappelijke regelingen vastgesteld. Deze wet regelt een aantal wijzigingen in de wet gemeenschappelijke regelingen. Belangrijkste wijzigingen zijn gericht op aansluiting bij de gewijzigde gemeentewet (duale stelsel), versterking van de democratische legitimatie en invoering van de bedrijfsorganisatie. Naar alle waarschijnlijkheid wordt de wet op 1 januari 2015 van kracht.

Deze wetswijziging heeft gevolgen voor de gemeenschappelijke regeling (GR) van de GGDrU. Bij het opstellen van de nieuwe GR is reeds zoveel mogelijk rekening gehouden

met deze wijziging, toch behoeft deze enkele technische aanpassingen in 2015, omdat deze nu nog conflicteren met de huidige wetgeving. Dit is tevens een natuurlijk moment om inhoudelijke wijzigingen, mogelijk gewenst na evaluatie van de werking van de GR GGDrU in 2015, te adresseren.

Marktontwikkelingen

De GGD voert tenminste één taak uit die tot de markttaken gerekend kan worden, dit betreft reizigersadvisering. De landelijke tendens laat een afname in het aantal klanten zien. Vooralsnog lijkt dit voor de GGDrU beperkt van invloed te zijn. Met de inrichting van een flexibel en vast deel kan snel op ontwikkelingen worden ingespeeld.

Kwetsbaar op bedrijfsvoering

De GGDrU is de afgelopen jaren sterk gegroeid in omvang. Daarbij is de formatie op de ondersteunende functies niet evenredig meegegroeid en is feitelijk sprake van een relatieve afname. Deze afname aan formatie op de bedrijfsvoeringsfuncties is nu goed merkbaar; de GGD is in toenemende mate niet meer in staat om aan alle wettelijke verplichtingen te voldoen. Dit komt mede door de sterke groei van de GGD waardoor aan andere wet- en regelgeving, zoals aanbestedingsregels, moet worden voldaan. Maar ook door autonome ontwikkelingen, zoals meer wet- en regelgeving en strengere financiële vereisten.

Ook externe partijen wijzen de GGD meer en meer op kwetsbare onderdelen in de organisatie. De accountant benoemt al enkele jaren risico's ten aanzien van financiële controles en de planning en controlcyclus, die door een te lage beschikbare formatie voor bedrijfsvoering niet of in onvoldoende mate worden opgepakt. Berenschot constateerde al in 2010 dat de formatie op de overheadfuncties zeer laag of zelfs onder de kritische grens zit en het KIWA, die de HKZ van de GGDrU certificeert, wijst op het onvoldoende zicht hebben op de risico's in de ondersteunende processen.

Deze ontwikkeling maakt dat extra formatie (zowel structureel als incidenteel) op een aantal ondersteunende functies noodzakelijk is. In 2015 zal de GGDrU met een onderbouwd voorstel komen voor deze noodzakelijke versterking.

Inzicht in taken GGDrU

Zowel bestuur als ambtenaren merken op dat veel onduidelijkheid bestaat over de indeling van taken in de begroting van de GGDrU. Was de begroting 2013 en 2014 nog ingericht volgens de principes van het GGD-Huis, voor de begroting 2015 was gekozen voor een indeling langs A- en B-taken. Dit leidde tot een diversiteit aan benamingen, wat niet bijdraagt aan een inzichtelijke begroting. Daarom introduceert deze kadernota vooruitlopend op de begroting 2016 een nieuwe indeling in de vorm van een productenmatrix.

Startpunt van deze matrix is datgene dat bij wet verplicht belegd moet worden bij een GGD. Deze taken worden gefinancierd uit een gemeentelijke inwonerbijdrage. Daartegenover staan die taken die de GGD uitvoert, maar die niet wettelijk door de GGD uitgevoerd behoeven te worden. Een tweede as in de matrix wordt gevonden door de taken te verdelen in taken die vanuit het collectief van de gemeenten bij de GGD zijn belegd en taken die voor gemeenten individueel (dus door één of meer gemeenten) worden uitgevoerd. Deze indeling laat zich vatten in onderstaande matrix, waarin voor de duidelijkheid ook de wijze van bekostiging is opgenomen:



Figuur 1: Productenmatrix

De matrix kent vier kwadranten, te benoemen in:

- *basis*: wettelijk uit te voeren door de GGD en vanuit een collectief opdrachtgeverschap;
- *intensivering*: wettelijk uit te voeren door de GGD maar waarbij één of meer gemeenten hierop een extra inzet aan de GGD vraagt;
- *basis-plus*: niet wettelijk door de GGD uit te voeren taken maar door het collectief aan gemeenten toch bij de GGD belegd;
- *maatwerk*: niet wettelijk door de GGD uit te voeren taken maar waarbij één of meer gemeenten hierop een inzet aan de GGD vraagt.

Het volume in elk kwadrant heeft impact op de governance en het bedrijfsvoeringsmodel van de GGD regio Utrecht. Een GGD die hoofdzakelijk uit gemeentelijke inwonerbijdrage (basis) is gefinancierd vraagt een andere governance en bedrijfsvoeringsmodel dan een gemeenschappelijke regeling die voor een relatief groot deel afhankelijk is van de omzet uit maatwerk.

In de afgelopen jaren is een verschuiving te constateren van de bekostiging van de taken van de GGD regio Utrecht. De taken zoals opgenomen in de primitieve begroting 2014 werden nog voor 48% gedekt uit de inwonerbijdrage. Nu is dit deel in de begroting 2015 nog maar 40%. Dit betekent dat 60% van de begroting uit opbrengsten bestaat die relatief grote fluctuaties kunnen laten zien. Daarvan is 20% voor de uitvoering van de JGZ van 0 tot 4 jarigen voor de subregio's Eemland en Utrecht-West.

Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat de GGDrU, gezien vanuit het oogpunt van de bekostiging, een relatief hoog risicoprofiel kent. Dit heeft zijn weerslag op de toerekening van overhead en de omvang van deze overhead. Een organisatie met een relatief lager deel aan inwonerbijdrage vraagt een grotere omvang van formatie voor de taken op het gebied van Planning & Control dan een grotendeels door inwonerbijdrage bekostigde organisatie.

Het algemeen bestuur heeft zich in de bestuursconferentie uitgesproken voor een (richtinggevende) verhouding tussen collectieve en individuele taken van 75% staat tot 25%. Het bestuur hecht aan het zoveel mogelijk op subregionaal niveau maken van afspraken over het individuele deel van de begroting.

Productgroep Algemene Publieke Gezondheid (APG)

Overkoepelende thema's:

De ontwikkelingen in het sociaal domein worden zichtbaar in de verschillende taakvelden van Algemene Publieke Gezondheid en dit levert nieuwe dwarsverbanden en kansen op. Publieke gezondheid is sterk gericht op preventie, wat een belangrijke pijler is van de decentralisaties in het sociale domein (AEF, 2013)¹. De GGD kan een significante rol spelen in de verbinding van het sociale domein en de publieke gezondheid. Dit door bijvoorbeeld het oppakken van een regierol of het inzetten van onze sterke informatiepositie. De uitgebreide uitvoeringsstructuur van de GGD levert tevens kansen op voor verbinding tussen het sociaal domein en de publieke gezondheid. Naast de focus op het borgen van sterke verbindingen tussen publieke gezondheid en het sociaal domein is de GGD blijvend alert op de gaten die mogelijk vallen bij deze beleidswijzigingen. Kansen voor verbinding zijn bijvoorbeeld de veranderingen met betrekking tot de organisatie van de (Openbare) Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), zoals de daklozenopvang. Dit levert nieuwe inzet op voor de infectieziektebestrijding. Of een ander voorbeeld, de afnemende middelen voor Seksuele Gezondheid. Omdat de middelen voor voorlichting voor seksuele gezondheid onder druk staat is er kans op toename van kwetsbare jongeren met problemen (tienerzwangerschappen etc). Deze risicogroepen (bijvoorbeeld uithuisgeplaatste jongeren) zijn moeilijk te bereiken via school (de gebruikelijke vindplaats). De GGD kan een rol spelen door middel van monitoring, signalering en gezondheidsadvisering en voorlichting over seksuele gezondheid op vindplaatsen buiten de scholen onder deze groepen.

Infectieziektebestrijding

Wat betreft infectieziektebestrijding is er landelijk een brede consensus dat het thema goed georganiseerd is (AEF, 2013). In het verleden bleek bij bijvoorbeeld de uitbraak van de Q-Koorts dat de lijnen tussen de GGD'en en het RIVM niet altijd naar behoren functioneerden. In de huidige situatie is er geïntensifieerde aandacht voor A-ziekten door bijvoorbeeld recentelijke uitbraken van ebola en MERS-CoV in de wereld. De focus van onze GGD is gericht op uitvoerbaarheid en bruikbaarheid van de afspraken met ketenpartners, waaronder het RIVM. GGD regio Utrecht is goed voorbereid op een mogelijke uitbraak van A-ziekten.

Naast de mogelijke uitbraak van A-ziekten vragen andere ontwikkelingen tevens onze aandacht. Ten eerste de landelijk trend waarbij de huisvesting en verzorging van ouderen en zieken verschuift van instellingen naar thuisverpleging-en verzorging. Deze ontwikkeling betekent een aanpassing in de advisering over infectieziektebestrijding. Thuiszorginstellingen zijn bijvoorbeeld minder of niet bedacht op verspreiding van BRMO (bijzonder resistente micro organismen, bijvoorbeeld MRSA). Een andere ontwikkeling die van invloed is op de organisatie van infectieziektebestrijding is de toenemende stroom van migranten naar ons land en onze regio. Dit betekent een hogere prevalentie van bijvoorbeeld hepatitis B. De GGDrU zal bij de bestrijding van hepatitis B een actievere rol gaan spelen door implementatie van de korte keten.

De derde belangrijke ontwikkeling voor infectieziektebestrijding betreft de gevolgen van de klimaatverandering voor Nederland. Het aantal overstromingen neemt toe en dit betekent dat tijdens een overstroming ziekte-overbrengende insecten goed gedijen in het stilstaande water. Daarmee ontstaan nieuwe bedreigingen van infectieziekten, bijvoorbeeld door e-coli in water op straat. Stilstaand water geeft daarnaast muggen de

¹ Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD, AEF, 2014

gelegenheid om zich voort te planten, hierdoor wordt het risico op introductie van nieuwe infectieziekten, bijvoorbeeld het West Nile virus, vergroot.

Alle drie genoemde ontwikkelingen hebben geen consequenties voor de begroting.

Technische hygiënezorg

De wijze waarop de GGDrU in het kader van infectiepreventie adviseert is laagdrempelig en toegankelijk. De afgelopen jaren werd Technische Hygiënezorg (THZ) steeds vaker geconsulteerd en werden de adviezen benut door verschillende doelgroepen en in- en externe partners. De toename en tevens uitbreiding van de advisering komt mede omdat Nederland een evenementenland is en het aantal evenementen fors toeneemt. Daarnaast wordt de verscheidenheid aan evenementen groter, waarbij verschillende gezondheidsrisico's een rol spelen. Advisering bij evenementen is nu een lokale taak, die door 23 van de 26 gemeenten wordt afgenomen. Omdat de gezondheidsrisico's van evenementen verder reiken dan enkel het evenement, spreekt de GGDrU de ambitie uit om de advisering over hygiëne als voorwaarde te stellen bij de afgifte van een vergunning. Daarbij stelt de GGD voor deze taak op te nemen in het gemeenschappelijk basispakket.

Seksuele gezondheid

De GGD heeft een rol in preventie van seksuele overdraagbare aandoeningen (soa's). Dit gebeurt door opsporing en behandeling van soa's op de soa-poli's en door (outreaching) seksualiteitshulpverlening en voorlichting (AEF, 2103). De uitvoering van de bovenstaand beschreven taken van seksuele gezondheid wordt voornamelijk gedragen door subsidies van het Rijk. Hoewel de hoogte van de subsidies fluctueert zijn deze geborgd voor de komende drie jaar en deze ontwikkeling levert daarom geen financiële risico's op voor de GGD. Het recentelijk ingestelde plafond aan de vergoeding van de diagnostiek zorgt daarentegen wel voor een financieel risico. Het aantal diagnostiekaanvragen zal strak worden gemonitord. Hoewel geen grote toename van diagnostiekaanvragen wordt verwacht is het van belang om dit financiële risico te borgen door het weerstandsvermogen te verhogen op deze post in de begroting.

Een tweede ontwikkeling die van invloed is op het taakveld seksuele gezondheid is de huidige tendens om aanvullende zorg van SOA poli's over te dragen naar huisartsen. De GGD zal zich steeds meer richten op de groepen met complexe soa-zorg (bijvoorbeeld homoseksuele mannen en prostituees) en op kwetsbare groepen, met name (laag-opgeleide en/of migranten-) jongeren. Hulpverlening via e-health zal daarbij een grotere rol gaan spelen. De groep met een complexe soa-zorgbehoefte is in toenemende mate lastiger te bereiken door bijvoorbeeld de verdere deregulering van de aanpak van prostitutie. Dit kan zorgen voor een toename van het aantal soa's en biedt minder mogelijkheden voor de GGD voor signalering en zorg.

Reizigers

De landelijke tendens in reizigersadviesering laat voor de komende jaren, ook 2016, een afname in bezoekersaantallen zien. Ook onze GGD ziet een afname in bezoekersaantallen. GGDrU is toegerust op verdere afname door de inrichting van de begroting aan te passen in een vast- en flexibel deel. Hiermee kan adequaat en flexibel op de ontwikkelingen in de markt worden ingespeeld. Naast de inrichting van de begroting zet de GGD in op het verhogen van de bezoekersaantallen, door bijvoorbeeld de 'onwetende groep' (reizigers die niet weten dat ze vaccinaties nodig hebben voor hun reisbestemming) beter te bereiken. Om fluctuaties in de inkomsten te kunnen opvangen zal een weerstandsvermogen worden opgebouwd van de eventuele winst op dit product.

Inspecties

De wereld van de kinderopvang is flink in beweging. Er treedt een stabilisering op in het aantal inspecties kinderopvang door een afname van ouders die gebruik maken van kinderopvang. Het aantal gastouders stijgt daarentegen. Op langere termijn ontstaat mogelijk een kentering in aantallen door de vergrijzing en het afnemen van het aantal geboorten. Naar verwachting nemen de uren voor Inspecties in 2016 niet af.

Van belang voor 2016 is de landelijke discussie over het nieuwe toezicht. In het kader van de herijking van het toezicht op de kinderopvang is het mogelijk wenselijk voor de gemeenten dat de GGD een adviesrol en lichte handhavingstaken op zich neemt. Het is bij deze nieuwe rol van belang dat de inspecteurs worden toegerust met de juiste competenties.

Medische milieukundige zorg

Om te kunnen voldoen aan het wettelijke basispakket voor de eerstelijns medische milieukunde en aan de minimale bereikbaarheid bij incidenten en crises is een bepaalde minimumformatie noodzakelijk. Voor de GGDrU denken we dat te kunnen realiseren met de formatie op het operationele niveau van 2013-1. Daarmee zitten we ver onder de landelijk vastgestelde waakvlamnorm. Het betekent wel dat alle huidige taken MMK worden teruggebracht in het gemeenschappelijke basispakket en de bezuiniging op de formatie MMK in de begroting 2014 moeten worden hersteld.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Het jaar 2015 wordt gebruikt om de vangnetfunctie te koppelen aan de ontwikkelingen in het sociaal domein. De aandacht van de gemeenten richt zich met name op de sociaal wijkteams. Nu het fundament van de inrichting van de sociaal wijkteams voor de meeste doelgroepen staat, verschuift langzaam de aandacht van de gemeenten naar de multiprobleem gevallen en de kwetsbare doelgroep. Met de gemeenten zal nog worden besproken welke taken wel en welke niet uitgevoerd zullen worden door de GGD; dat is nu moeilijk te voorspellen voor 2016. We streven naar het aanbieden van OGGZ taken in collectieve arrangementen. In de dialoog met regio en de gemeenten gaan we binnen deze collectieve arrangementen op zoek naar passende oplossingen.

Epidemiologie

Epidemiologie heeft, naast de monitor, een belangrijke functie in het aansluiten bij de ontwikkelingen en nieuwe behoeften voor het sociaal domein. De GGD kan gemeenten ondersteunen met gegevens waarmee de effecten van de beleidsveranderingen van de drie decentralisaties gemonitord kunnen worden. Begrippen als eigen kracht en zelfredzaamheid krijgen bijvoorbeeld een lading met de epidemiologische gegevens van de GGD. Een praktische uitwerking van deze ambitie is de ontwikkeling van wijkprofielen. De GGD is inmiddels met een aantal gemeenten bezig om wijkprofielen te ontwikkelen. In 2016 zullen deze verder opgenomen worden in de maatwerkafspraken met gemeenten.

In 2015 wordt de nieuwe jeugdmonitor uitgevoerd waarvan de resultaten bekend worden in 2016. In 2016 zal de volwassenen / ouderenmonitor worden uitgevoerd. Deze monitoren worden volgend, dan wel vooruitlopend op de landelijke ontwikkelingen aangepast aan de bewegingen in het sociaal domein. Het plaatsen van actuele gegevens in Atlas, ook die nog niet zijn opgenomen in rapportages, wordt gegarandeerd in 2016.

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering en Beleidsadvisering richten zich in 2016 op een integrale aanpak gericht op versterking en bevordering van gezondheid en zelfredzaamheid van burgers. Een integrale aanpak betekent dat de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen betrokken worden, zoals sportbeleid, ruimtelijke ordening en welzijn. GGDrU bevordert samenwerking en legt logische verbindingen die nodig zijn voor een integrale aanpak. Deze verbindingen reiken op lokaal en regionaal niveau tot zowel binnen het zorgdomein (1ste lijn m.n.) als daarbuiten. De GGD richt zich tevens op het leggen van nieuwe verbindingen, bijvoorbeeld tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Deze nieuwe verbindingen worden gelegd ten behoeve van versterking van buurtgericht werken, waarbij koppeling tussen preventie, zorg en ondersteuning in de buurt essentieel is.

Kenniscentrum

Om de verschillende disciplines van het Kenniscentrum (Gezondheidsbevordering en Beleid, Epidemiologie en OGGZ) adequaat te kunnen aansturen zijn coördinatoren voor de verschillende disciplines noodzakelijk op het niveau van de primitieve begroting 2014. In de begroting 2015 is de formatie hiervan verlaagd.

TBC

Landelijk tekent bij de bestrijding van tuberculose een dalende incidentie zich af als duidelijk trend. De prognose voor de regio Utrecht is echter dat het volume gelijk zal blijven. Desalniettemin bereiden wij ons wel voor op een dalende incidentie. Landelijk wordt toegewerkt naar de vorming van regionale expertise centra (REC), die als voornaamste doelstellingen hebben de deskundigheid van de professionals op peil te houden en efficiënt om te gaan met de schaarse expertise die voorhanden is. De GGDrU maakt onderdeel uit van het REC Noord-West. De verwachting is dat de REC-vorming geen gevolgen heeft voor de begroting. Naast de REC-vorming vragen twee andere ontwikkelingen onze aandacht:

- Naar verwachting zal allereerst er een kleine verschuiving optreden van publieke gelden naar verzekerde zorg. In de begroting vertaalt zich dit in ongeveer 5 % van het budget. Deze richtlijn is reeds begroot en geïmplementeerd en heeft daarmee geen consequenties voor de begroting 2016;
- Voorts de doorlopende contracten met de dienst justitiële inrichtingen (DJI) en het centraal orgaan opvang asielzoekers (COA). Van belang om bijtijds te kunnen inspelen op veranderingen. Voor de DJI is een reservering opgenomen.

Productgroep Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Integrale Jeugdgezondheidszorg in het sociaal domein

De JGZ is onderdeel van de publieke gezondheidszorg en heeft als doel het bevorderen, beschermen en bewaken van de gezondheid en de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Jeugdzorg hebben elk hun eigen domein: 'de basis' respectievelijk 'de casus'. Voor de JGZ is dat: preventie, signaleren en monitoren, normaliseren, bemoedigen en steunen in de eigen kracht en soms: doorpakken. De basis van de JGZ is: alle kinderen en hun ouders/verzorgers. De Jeugdzorg gaat over kinderen/gezinnen met problemen die gerichte individuele aanpak behoeven. De JGZ is verankerd in de wet Publieke Gezondheid en niet in de nieuwe Jeugdwet.

De kern van de integrale jeugdgezondheidszorg (0-18 jaar) is investeren in een gezonde start van elk kind: het gezond en veilig opgroeien, talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving. De JGZ heeft een rol, middels signalering, bij individuele en collectieve preventie. Daarnaast is de JGZ een natuurlijke, onafhankelijke verbinder tussen preventie en curatie. Voor een goed georganiseerde zorg voor jeugd (kwalitatief verantwoord, toegankelijk, doelmatig, toekomstbestendig, succesvol en betaalbaar) is een stevige verbinding met de voormalige Jeugdzorg een must. Dit betekent stevige verbindingen tussen preventieve taken (JGZ) en zorg voor jeugd met problemen.

De GGDrU voert sinds 2010 de Integrale JGZ in de regio Eemland uit. Recent is daar de regio Utrecht-West bijgekomen. Dit is bijzonder voorspoedig verlopen. De GGDrU heeft daarmee inmiddels in 12 gemeenten ervaring met de uitvoering van een integrale JGZ. De GGDrU is daarmee in staat gesteld om in deze twee regio's een betere doorgaande lijn van adviseren en signaleren rondom opvoeden en opgroeien van kinderen te organiseren. Immers, licht als het kan en pas zwaar als het moet. De gemeenten Houten, Lopik en Nieuwegein hebben aangekondigd de JGZ 0-4 vanaf 1 januari 2016 bij de GGDrU te willen beleggen. Dit betekent dat de GGDrU met ingang van 1 januari 2016 ook voor hen de JGZ 0-18 uitvoert. De gemeenten in Zuidoost Utrecht hebben voorgenomen voor het einde van dit jaar een besluit te nemen omtrent de integrale JGZ. De uitkomst van deze keuze is van invloed op het volume van de uitvoering van de JGZ door de GGD.

Nieuw basispakket JGZ

Het basispakket betreft de werkzaamheden die gemeenten beschikbaar moeten hebben en volgens professionele richtlijnen actief dienen aan te bieden aan iedere jongere. Dit basispakket verandert met ingang van 1 januari 2015. Centraal staat het normaliseren en versterken van de eigen kracht van gezinnen en een verbinding met het sociaal domein. Professionals overleggen met ouders over de behoefte aan contactmomenten en JGZ-producten. Samen bepalen zij een pakket op maat, gebaseerd op keuzevrijheid van de ouders en professionele verantwoordelijkheid. Bij een probleem kan, met als doel normaliseren, kortdurende lichte ondersteuning worden geboden.

De precieze consequenties van het nieuwe basispakket zijn nog niet helemaal duidelijk. Wat wel al duidelijk is dat er geen taken uit het huidige basistakenpakket zullen verdwijnen en dat de huidige taken volgens de nieuwe uitgangspunten van normaliseren, versterken van de eigen kracht en de verbinding met het sociaal domein zullen worden uitgevoerd. Flexibilisering in de contactmomenten is toegestaan binnen een bepaalde

bandbreedte en naar vorm van uitvoering. Uitgangspunt daarbij is dat de JGZ laagdrempelig en dichtbij is. Het onderscheid tussen 'uniform takenpakket' en 'uniform maatwerk' verdwijnt. Een aantal van de activiteiten zoals kortdurende begeleiding, voorlichting in groepen alsmede het aanbod voor 15/16-jarigen is nu nog maatwerk. Deze worden onderdeel van het basispakket. Dit betekent dus een verschuiving van middelen vanuit maatwerk naar de inwonerbijdrage.

Algemene collectieve preventie blijft ook in het nieuwe basispakket een taak van de JGZ. Geïndiceerde preventie daarentegen niet. Preventie voor doelgroepen, bijvoorbeeld voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen of kinderen met een (dreigende) taalachterstand, is het preventieve onderdeel van de Jeugdwet. Soms is geïndiceerde preventie echter wel onlosmakelijk verbonden met de JGZ (bv Stevig Ouderschap) en ligt het voor de hand de JGZ dit uit te laten voeren. De financiële doorrekening van het Basispakket op landelijk niveau wordt nu nog uitgevoerd en zal naar verwachting voor het einde van 2014 gereed zijn.

Kort samengevat zal in ieder geval een verschuiving van middelen plaatsvinden van maatwerk richting het basispakket. Deze verschuiving zal in 2015 gestalte krijgen en vaste vorm in de begroting 2016. Maatwerk blijft mogelijk in de vorm van lokale afspraken.

Een vernieuwende JGZ

De GGDrU wil en moet zich blijven ontwikkelen en vernieuwen. De GGD kan haar werk alleen doen in verbinding met anderen. Dat is niet nieuw. Maar er moeten nieuwe vormen gezocht worden, omdat het sociale domein overal in beweging is. De JGZ beweegt mee. In elke subregio en in elke gemeente. Een lokaal werkende JGZ die op scholen, in het CJG en altijd in nauwe samenwerking met wijk- of buurtteams haar preventieve werk doet.

Er vinden momenteel kleine en grote pilots plaats. De uitkomsten van al deze initiatieven worden volop gedeeld en zullen in 2016 en verder hun beslag krijgen. Daarnaast heeft de GGD goede ervaringen opgedaan met innovaties die zich richten op eigentijdse en laagdrempelige (digitale) contactmogelijkheden. Dit betekent meer differentiatie in contact met ouders, jongeren en partners door aan te sluiten bij wat zij nodig hebben. Dus meer gebruik van bellen, mailen, chatten, twitteren, nog steeds naast het waardevolle persoonlijke contact op scholen, voor de klas, in (CJG)spreekkamers, tijdens inloosprekken, huisbezoeken en ziekteverzuimgesprekken.

Digitaal Dossier JGZ

Gemeenten zijn wettelijk verplicht om in de Jeugdgezondheidszorg patiëntgegevens digitaal vast te leggen. Het systeem ondersteunt bij het uitvoeren van de verschillende zorgtaken, medische protocollen en bij de bedrijfsvoering en dienstverlening. Ook maakt het systeem het mogelijk om de vraag te kunnen beantwoorden of alle kinderen daadwerkelijk 'in beeld' zijn.

Hoewel het digitale dossier niet is bedoeld om systematisch gegevens over alle jeugdigen te verzamelen, kan schetsmatig wel aangeduid worden welke vraagstukken bij groei en ontwikkeling een rol spelen. Er lopen verschillende initiatieven om deze vorm van beleidsinformatie verder vorm te geven.

Een belangrijk ontwikkeling die al in 2016 van belang wordt, is het aflopen van het huidige contract met de leverancier van het digitale systeem, Allegro Sultum, per 1 januari 2017. 2016 is daarom het jaar om zowel qua organisatie/financiering als inhoud/functionaliteit een overweging te maken over de inrichting van het digitaal dossier JGZ.

Productgroep Bedrijfsvoering

Binnen de productgroep Bedrijfsvoering vallen de directie, de afdeling Bedrijfsondersteuning en de afdeling Human Resources.

Directie

Binnen de directie zijn naast de feitelijke directie (directeur en adjunct-directeur) tevens enkele ondersteunende functies ondergebracht, waaronder communicatie en kwaliteitsbeleid.

Bedrijfsondersteuning

De afdeling Bedrijfsondersteuning valt uiteen in de teams Financiën, Facilitaire Zaken en Informatisering & Automatisering. Deze activiteiten worden in eigen beheer uitgevoerd. Door de toename van de werkzaamheden wordt inmiddels structureel (deels begrote) capaciteit ingehuurd.

Human resources

Binnen deze afdeling is de personeels- en salarisadministratie ondergebracht. Deze activiteiten worden hoofdzakelijk in eigen beheer uitgevoerd. Alleen bij de salarisadministratie wordt structureel begrote capaciteit ingezet.

Zoals eerder in deze notitie aangeven, is de uitdaging voor de komende periode voor de productgroep Bedrijfsvoering om tot een degelijke bedrijfsvoering te komen die kan voldoen aan de wettelijke eisen die voor de GGDrU van toepassing zijn.

Productgroep Projecten en bijzondere activiteiten

Binnen deze productgroep worden de projecten en bijzonder activiteiten verantwoord, om daarmee een goed inzicht en sturing te krijgen en houden op de activiteiten buiten de reguliere bedrijfsvoering.

Hierbij kan gedacht worden aan transitietrajecten in het kader van de implementatie van de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen en projecten met omvangrijke subsidiegelden.

Financieel kader

Autonome ontwikkelingen

Vennootschapsbelasting

Het wijzigen van de Wet op de vennootschapsbelasting betekent dat 'ondernemersactiviteiten', zoals reizigers, onder de heffing van de vennootschapsbelastingplicht (VPB) gaan vallen. Dit betekent dat over een positief resultaat VPB-heffing zal plaatsvinden. De invoering van de VPB betekent ook een administratieve lastenverzwaring. Met de fiscalist van Deloitte en de belastingdienst wordt afgestemd welke activiteiten onder de VPB vallen. Uiteraard worden ook de landelijke ontwikkelingen gevolgd.

CAO-gemeenten 2013-2015

De nieuwe cao gemeenten loopt van januari 2013 tot januari 2016 en heeft een aantal gevolgen voor de GGD. De loonsomkosten over 2014 tot 1 januari 2016 gaan stijgen als gevolg van deze afspraken. De afspraken zijn:

- In oktober 2014 ontvangen de ambtenaren een eenmalige bruto-uitkering van €350.
- Per 1 oktober 2014 ontvangen de ambtenaren een structurele salarisverhoging van 1%.
- Per 1 april 2015 stijgen de bruto-salarissen van de ambtenaren met €50 per maand tot 1 januari 2016.

De eenmalige bonus van €350 is bedoeld als compensatie voor het feit dat er over vorig jaar geen loonstijging is afgesproken.

Jongeren

Daarnaast zijn afspraken gemaakt over nieuwe banen voor jongeren onder de 27. Het landelijk streven is om vijftienhonderd jongeren aan een baan te helpen. Ook het aantal stageplekken neemt toe. Verder is besloten dat werknemers een vaste aanstelling krijgen als ze langer dan twee jaar voor de gemeente (respectievelijk gemeenschappelijke regeling) werken.

Bijdrageverordening

In de gemeenschappelijke regeling GGD regio Utrecht is onder artikel 42 lid 2 opgenomen dat het algemeen bestuur een bijdrageverordening vaststelt. Deze bevat de afspraken over kostenverdeling tussen de deelnemers. Met het aanbieden van de (ontwerp)begroting 2016 aan de raden van de deelnemende gemeenten zal ook de bijdrageverordening voor 2016 worden aangeboden.

Planning & Control cyclus

Sinds het begrotingsjaar 2014 kent de GGDrU naast de jaarstukken en de primitieve begroting een tweetal tussentijdse bestuurlijke rapportagemomenten: de vier maanden rapportage (in juni/juli in het algemeen bestuur) en de acht maanden rapportage (in oktober/november in het algemeen bestuur). Het begrotingsjaar 2016 wordt afgesloten met de twaalf maanden rapportage, feitelijk de jaarstukken. De jaarstukken over het begrotingsjaar 2016 komen in juni/juli 2017 in het algemeen bestuur.

Technische opbouw van de begroting

De begroting 2016 van de GGD regio Utrecht kent één programma 'Publieke Gezondheid'. Daarbinnen zijn een viertal productgroepen opgenomen: Algemene Publieke Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg, Bedrijfsvoering en Projecten en bijzondere activiteiten. Voor de begroting 2016 wordt een verbeteringslag verwacht in de outputgerichtheid en, waar mogelijk, de outcome gerichtheid van de begroting.

De begroting en de jaarstukken geven per productgroep antwoord op de drie W-vragen. Dit is voorgeschreven in het Besluit Begroting en Verantwoording provincies en gemeenten (BBV). Onderstaand zijn opgenomen de drie W-vragen en de manier waarop deze in de begroting en jaarstukken beantwoord moeten zijn:

Begroting	Jaarstukken
<p><i>Wat willen we bereiken?</i></p> <p>Hier wordt aangegeven welke doelen (maatschappelijke effecten) bereikt moeten worden. Daarbij worden indicatoren met bijbehorende normwaarden opgenomen.</p>	<p><i>Wat hebben we bereikt?</i></p> <p>Er wordt uitgelegd in hoeverre beoogde doelen feitelijk zijn gerealiseerd: de realisatie van doelen wordt dus afgezet tegen de voornemens in de begroting. De indicatoren worden met de gerealiseerde waarden opgenomen.</p>
<p><i>Wat gaan we daarvoor doen?</i></p> <p>Op deze plaats wordt aangegeven welke activiteiten moeten worden uitgevoerd om de gestelde doelen te bereiken.</p>	<p><i>Wat hebben we daarvoor gedaan?</i></p> <p>Er wordt uitgelegd in hoeverre beoogde activiteiten feitelijk hebben plaatsgevonden: de realisatie van activiteiten wordt dus afgezet tegen de voornemens uit de begroting.</p>
<p><i>Wat gaat dat kosten?</i></p> <p>Hier wordt aangegeven welke lasten (maar ook baten) aan de orde zijn voor de uitvoering van de activiteiten.</p>	<p><i>Wat heeft dat gekost?</i></p> <p>Er is verantwoord over de lasten en baten afzonderlijk; het verschil met de begroting wordt uitgelegd.</p>

Overheadtoerekening

In de begroting 2015 zijn onderstaande afspraken gemaakt voor de toerekening van de overheadkosten:

1. er wordt een onderscheid gemaakt in algemene en specifieke overhead, waarbij de specifieke overhead toegewezen wordt aan de (overheids)taken, en de algemene overhead conform de equivalentiemethode wordt verdeeld over alle taken. Hierdoor wordt een integrale kostprijs per taak verkregen;
2. van de algemene overheadkosten wordt 1/3 van de overheadkosten verdeeld over de taken uit de inwonerbijdrage, waarna 2/3 van de overheadkosten over alle taken wordt verdeeld.

Onder paragraaf 1.7 van de primitieve begroting 2015-0 van de GGDrU is opgenomen dat de overheadtoedeling aandacht behoeft. Daarbij was het voornemen om de evaluatie van de systematiek in 2014 te laten plaatsvinden. Deze evaluatie wordt uitgevoerd in 2015.

Indexering

In de begroting 2015-0 is gebruik gemaakt van de CAO-loonindex voor gesubsidieerde instellingen voor de ontwikkeling van de loonkosten en de dienstprijnsindex voor de ontwikkeling van materiële kosten. Daarbij werd de uiteindelijke indexering van de gemeentelijke bijdrage bepaald door 70% gewicht tot te kennen aan de CAO-loonindex en 30% aan de dienstprijnsindex.

Voor de begroting 2016 wordt voorgesteld om voor de indexering zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de systematiek van de gemeenten. Deze hanteren voor de loonaanpassing de CAO-wijzigingen als uitgangspunt en voor de prijsaanpassing de cijfers van het CPB. Dit cijfer staat vermeld in de circulaire van het gemeentefonds.

Aansluitend wordt de systematiek van de Veiligheidsregio Utrecht gevolgd. De indexering wordt nog gecorrigeerd op basis van de gecorrigeerde cijfers over de voorliggende twee jaren. Zo worden grote schommelingen in de jaarlijkse indexatie voorkomen. Deze methode komt ook overeen met de werkwijze van gemeenten.

Loonindexering

De nieuwe CAO betreft de periode van 1 januari 2013 tot 1 januari 2016. Daarin heeft de 1% loonverhoging per april 2014 en de €50 verhoging per 1 april 2015 een structureel karakter naar 2016. De overige afspraken hebben een incidenteel karakter voor de betreffende jaren (2014 en 2015). Op basis van deze CAO-aanpassing had de indexering van de loonkosten in de begroting 2014 op 1,75% (in plaats van de gehanteerde 1,00%) moeten plaatsvinden. Voor de begroting 2015 is het effect op de loonkosten 2,08% (in plaats van 1,70%). De CAO-aanpassing vraagt voor de begroting 2016 een indexering van 2,54% op de loonsom, zoals opgenomen in de begroting 2015. Voorgesteld wordt om dit percentage ook te handhaven voor de jaren 2017-2019. Zodra de CAO voor de periode vanaf 1 januari 2016 bekend is, kan bepaald worden welke consequenties hieraan verbonden zijn voor de begroting. Eventuele wijzigingen kunnen dan middels een begrotingswijziging worden voorgelegd.

Prijnsindexering

Voor de verwachte indexering van de prijzen vanaf 2016 wordt de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product gevolgd, zoals dit is opgenomen in de circulaire van het gemeentefonds. Daarbij is de prijsindexering voor 2016 gesteld op 0,75% en de jaren 2017 tot en met 2019 op 0,5%.

Op basis van de septembercirculaire 2014 resulteert de volgende bijstelling voor de prijsindexering:

	Oud	Nieuw	Saldo
Prijnsindex 2014	1,00%	0,50%	-0,50%
Prijnsindex 2015	0,70%	1,25%	0,55%
Bijstelling prijsindex 2014-2015	1,70%	1,75%	0,05%

Voor de begroting 2016 leiden deze uitgangspunten per saldo tot de volgende mutaties in de indexering:

	Lonen (70%)	Prijzen (30%)	Gewogen
Indexering 2014	1,75%	0,50%	1,38%
Indexering 2015	2,08%	1,25%	1,83%
Verwachting 2016	2,54%	0,75%	2,00%
Voorgestelde indexering 2016	2,12%	0,83%	1,74%

Op basis van bovenstaande berekening wordt voorgesteld de gemeentelijke (inwoner)bijdrage van het begrotingsjaar 2015 te indexeren met 1,74% om de gemeentelijke bijdrage voor het begrotingsjaar 2016 te kunnen bepalen.

De gemeentelijke bijdrage voor 2015 bedroeg €11.646.510 (pagina 16 van de primitieve begroting). Na indexering wordt voorgesteld om de gemeentelijke bijdrage voor 2016 te bepalen op **€11.848.732** (zijnde €11.646.510 x 1,0174). Dit betreft een toename van €201.601 ten opzichte van de oorspronkelijke bijdrage in de primitieve begroting 2015.

Voor de meerjarenbegroting 2017 tot en met 2019 wordt de gemeentelijke bijdrage van 2015 geïndexeerd met het onderstaande percentage:

	Lonen (70%)	Prijzen (30%)	Gewogen
Indexering 2014	1,75%	0,50%	1,38%
Indexering 2015	2,08%	1,25%	1,83%
Verwachting 2017-2019	2,54%	0,50%	1,93%
Voorgestelde indexering 2017-2019	2,12%	0,75%	1,71%

Na indexering wordt voorgesteld om de gemeentelijke bijdrage voor de jaren 2017 tot en met 2019 te bepalen op €11.845.821 (zijde €11.646.510 x 1,0171). Dit betreft een toename van €199.311 ten opzichte van de oorspronkelijke bijdrage in de primitieve begroting 2015.

Spelregels in- en uittreden

Het algemeen bestuur heeft in mei 2013 de spelregels bij de afwikkeling van lokale taken vastgesteld. Deze houden in dat deze taken, gegeven het bepaalde in de gemeenschappelijke regeling, kunnen worden uitgenomen:

- met een opzegtermijn van een jaar, vóór 1 januari van ieder jaar;
- met een eenmalige vergoeding van 25% voor de achterblijvende frictie.

De Adviescommissie Financiën & Bedrijfsvoering heeft voorgesteld op dezelfde wijze om te gaan met de afwikkeling van subregionale taken. Het algemeen bestuur heeft in december 2013 besloten de spelregels omtrent het uitnemen van subregionale taken, mits de gemeenschappelijke regeling dat toe staat, als volgt vast te stellen:

- Opzegtermijn van één jaar;
- 'Mens volgt werk' als onlosmakelijke voorwaarde;
- Eén jaar vergoeding van de dan nog achterblijvende kosten;
- Dit komt er per saldo op neer dat de organisatie twee jaar (vanaf opzeggen) de tijd heeft zich aan te passen.

Bekostigingssystematiek

Voor de begroting 2016 worden dezelfde principes voor de bekostigingssystematiek gehanteerd, zoals deze ook voor de begroting 2015 zijn toegepast. Deze principes luiden:

1. voor de instandhouding van de taken die op het basis en basis-plus niveau worden uitgevoerd wordt aan de deelnemende gemeenten een inwonerbijdrage doorberekend;
2. voor de uitvoering van de taken die op het intensivering niveau worden uitgevoerd alsmede maatwerk taken wordt per afnemende gemeente een prijsafsprake gemaakt.

Financiële consequenties wijziging basistakenpakket

De financiële consequenties van de wijziging van het basispakket zijn ten tijde van het opstellen van de kadernota 2016 nog niet bekend. Naar verwachting zijn de effecten wel bekend bij het opstellen van de (ontwerp) begroting 2016. Indien dit het geval is, zullen de effecten worden meegenomen.

Investerings

De investeringskredieten worden op activaniveau in de begroting opgenomen zodat de uitputting goed gevolgd kan worden. Dit ook conform de aanbeveling van de controlerend accountant in de managementletter over het boekjaar 2014.

Algemene uitgangspunten

Hieronder worden de algemene uitgangspunten opgesomd die gehanteerd worden voor het opstellen van de begroting:

1. Voor de loonaanpassing worden de CAO-wijziging als uitgangspunt genomen. Voor de prijsaanpassing wordt uitgegaan van de cijfers van het CPB. Jaarlijks vindt een correctie plaats op basis van de gecorrigeerde cijfers over de voorliggende twee jaar.
2. De voorgestelde indexering wordt ook toegepast op de maatwerk-afspraken respectievelijk de dienstverleningsovereenkomsten met de betreffende deelnemende gemeenten.
3. De begroting wordt inclusief BTW opgesteld. De gemeenten krijgen na afloop van het begrotingsjaar een opgave van het bedrag aan BTW, dat kan worden doorgeschoven naar het BTW-compensatiefonds.
4. De loonkosten worden begroot op basis van het maximum van de schaal.
5. Er wordt geen interne rekenrente gehanteerd. Dat betekent dat de kapitaallasten, berekend op basis van de omvang van de activaposten, alleen bestaan uit afschrijvingslasten.
6. De begrote rentelasten zijn gebaseerd op de aanwezige leningenportefeuille.
7. Voor de vaststelling van de inwoneraantallen wordt uitgegaan van de stand per 1 januari 2014. Als bron hiervoor wordt het CBS gehanteerd. Er vindt gedurende het begrotingsjaar geen bijstelling plaats op basis van het werkelijk aantal inwoners per 1 januari 2016.
8. De omvang van de plus- en extra taken in de begroting 2016 is gebaseerd op een inschatting. Voor deze inschatting wordt gebruik gemaakt van de verwachte afname over 2015, zoals deze in de maand januari 2015 bij de GGDrU bekend is. De uiteindelijke werkelijke afname van plus- en extra taken voor het boekjaar 2016 kan dus afwijken van de bedragen, zoals nu opgenomen worden in de begroting 2016.
9. In de begroting worden alleen bestuurlijk genomen besluiten verwerkt, voor zover deze vóór 1 februari 2015 zijn vastgesteld. Alle bestuurlijke besluiten, die na deze datum zijn vastgesteld, worden middels een begrotingswijziging op de primitieve begroting 2016 technisch verwerkt.
10. De begroting wordt opgesteld conform de richtlijnen uit het Besluit Begroting en Verantwoording provincies en gemeenten (BBV) en andere financiële wetgeving.

Besluitvormingsproces kadernota 2016/ begroting 2016

Vooruitlopend op de wijziging van de Wet gemeenschappelijke regelingen heeft het algemeen bestuur besloten de kadernota vanaf het begrotingsjaar 2016 voor zienswijze voor te leggen aan de gemeenteraden. Dit betekent dat de onderstaande planning gevolgd zal worden voor het vaststellen van de kadernota 2016 en de begroting 2016:

	Dagelijks bestuur	Commissie Financiën/ Bedrijfsvoering	Algemeen bestuur	College / Raad
Concept -kadernota 2016	13 nov 2014	1 dec 2014	4 dec 2014	Dec 2014- mrt 2015
Kadernota 2016 (met zienswijzen)	5 maart 2015		26 maart 2014	
(Ontwerp) begroting 2016	2 april 2015			apr - jun 2015
Begroting 2016		17 juni 2015	25 juni 2015	

Gemeentelijke bijdrage

Als startpunt voor de berekening van de nieuwe gemeentelijke bijdrage geldt de begroting 2015 van de GGD regio Utrecht. Bij de indexering is de ontwikkeling van de gemeentelijke bijdrage voor de jaren 2016 tot en met 2019 aangegeven. De gemeentelijke bijdrage wordt één keer jaarlijks gefactureerd en wordt in vier kwartaaltermijnen voldaan, aan het begin van de eerste, vierde, zevende en tiende maand.

Risico's

Het bestuur van de GGDrU wil inzicht verkrijgen in de belangrijkste risicogebieden en de financiële consequenties van die betreffende risico's. Dit moet aanknopingspunten geven voor de sturing en beheersing van risico's en het beoordelen van het weerstandsvermogen van de gemeenschappelijke regeling.

Een integrale risico-inventarisatie is binnen de GGDrU nog niet uitgevoerd. Vanuit de kwaliteitsmonitoring heeft wel een operationele risico-inventarisatie plaatsgevonden. Mede op basis hiervan zal een integrale risico-inventarisatie worden uitgevoerd. Overwogen wordt uit om deze inventarisatie door de accountant te laten uitvoeren om daarmee een, door een onafhankelijk functionaris, uitgevoerde risico-inventarisatie te krijgen. Hierbij zal ook worden ingegaan op de benodigde beheersmaatregelen. Ook kan een relatie worden gelegd met het benodigde en aanwezige weerstandsvermogen binnen de GGDrU.

De risico's zijn in een drietal categorieën onderverdeeld:

- a. risico's in de interne bedrijfsvoering,
- b. risico's verbonden aan het karakter van een gemeenschappelijke regeling, en
- c. risico's vanuit de externe omgeving.

Onderstaand is een eerste inventarisatie van de risico's opgenomen, zonder daarbij limitatief te zijn.

a. Risico's in de interne bedrijfsvoering

Europese aanbesteden

De GGD regio Utrecht is in de afgelopen jaren in omvang aanzienlijk gegroeid. Daarmee is de kans op het verplicht Europees aanbesteden van diensten en leveringen groter geworden. Dit vraagt naast een procedurele borging om een beleidsomslag en beschikbaar budget om de inkoopfunctie vorm te kunnen geven. Op dit moment is deze kennis niet binnen GGDrU aanwezig. Het algemeen bestuur stelde in december een inkoop- en aanbestedingsbeleid vast. Voor de toepassing c.q uitvoering van het beleid is structureel extra capaciteit nodig.

Verbijzonderde interne controle

Binnen de GGDrU vindt geen verbijzonderde interne controle plaats, er is onvoldoende capaciteit beschikbaar. Hierdoor is het risico groter dat onjuiste toepassing van wet- en regelgeving niet of niet tijdig wordt gesignaleerd. Dit leidt tot onrechtmatig handelen en kan consequenties hebben voor de controleverklaring van de accountant. Ook kan het ontbreken van verbijzonderde interne controle leiden tot onopgemerkte fraude, kan (financiële) management- en bestuursinformatie niet juist en/of volledig zijn. Accountantslasten vallen hoger uit omdat de accountant niet kan steunen op de interne controle en beheersmaatregelen.

Managementinformatie

Binnen de GGDrU worden verschillende informatiesystemen ten behoeve van het genereren van managementinformatie gebruikt waarbij geen geautomatiseerde 'check-and-balance' tussen de verschillende informatiesystemen zijn ingebouwd. Dit is een risico voor de validiteit van de gebruikte informatie in de management- en bestuursrapportage.

Door het ontbreken van een verplichtingenadministratie ontstaat een risico dat niet alle te verwachten kosten in de geprognosticeerde resultaten zijn meegenomen.

Kwetsbaarheid

De GGD regio Utrecht is op bepaalde functies in onvoldoende mate formatief begroot. Daardoor ontstaat een te hoge werkdruk bij de bestaande medewerkers, met het risico dat deze medewerkers de werkdruk niet langer volhouden en uitvallen. Daarmee is de bezetting, met name op de bedrijfsvoeringsfuncties, beperkt gehouden. Gevolg hiervan is dat bij het wegvallen van dergelijke functionarissen de organisatie erg kwetsbaar is.

Omzet reizigersvaccinatie

Door de aanhoudende crisis kan het aantal vaccinaties teruglopen omdat het aantal buitenlandse (vakantie)reizen afneemt. Hierdoor komt de exploitatie onder druk te staan.

b. Risico's verbonden aan het karakter van een gemeenschappelijke regeling

Taakstellingen

De begroting van de GGDrU komt verder onder druk te staan indien de gemeenten besluiten tot het opleggen van een aanvullende bezuinigingstaakstelling. De beleidsruimte van de directie is onvoldoende van omvang om nog tot efficiëntere uitvoering van de taken te komen. Een verdere taakstelling leidt tot een negatief financiële resultaten. Ook kan dit leiden tot verdere verhoging van de werkdruk hetgeen mogelijk kan leiden tot langdurig ziekteverzuim van medewerkers.

Maatwerk

De exploitatie van de maatwerkproducten omvat in beginsel een aanmerkelijk groter risico dan de exploitatie van de producten die door de inwonerbijdrage worden gedekt. Het risico kent feitelijk twee dimensies. Ten eerste gaat het om de mate waarin de GGD in staat is aan te sluiten op de behoefte van de gemeenten. Ten tweede kunnen de gemeenten onder druk van de bezuinigingen besluiten minder maatwerk af te nemen.

c. Risico's vanuit de externe omgeving

Vennootschapsbelasting

Vanaf 1 januari 2016 moeten gemeenten en andere overheden vennootschapsbelasting (vpb) gaan betalen over de winst die ze met hun ondernemingsactiviteiten maken. De invoering ervan leidt vooral tot veel extra administratieve taken en de financiële resultaten van de ondernemingsactiviteiten kunnen lager uitvallen.

Wetgeving HR

In de CAO 2011-2012 zijn afspraken gemaakt over de modernisering en flexibilisering van de werktijden. De implementatie ervan moet binnen de GGDrU nog plaatsvinden.

Werkkostenregeling

Uiterlijk 1 januari 2015 moet de werkkostenregeling binnen de GGDrU zijn geïmplementeerd. Vooralsnog betreft dit met name het zorgdragen dat de financiële informatievoorziening hiervoor is ingericht. Bij overschrijding van de vrije ruimte, deze is wettelijk bepaald op 1,2% van de totale loonsom, wordt over het deel ter grootte van de overschrijding een eindheffing voor de loonbelasting toegepast ter grootte van 80% van de (netto-)overschrijding. Deze eindheffing komt ten laste van de werkgever.

Risico-inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

De GGDrU beschikt niet over een actuele RI&E. Op dit moment wordt de actualisatie met hulp van een externe medewerker opgepakt. De opzet van de RI&E en borging van de regie/ sturing erop in de organisatie moet binnen de GGDrU nog geformaliseerd worden (de GGDrU beschikt niet over een arbo-coördinator), alsmede de uitvoering van de in het plan van aanpak genoemde activiteiten.

Implementatie CAO-wijzigingen/ Wet Werk en Zekerheid

De CAO-wijzigingen per 1 oktober 2014 en deels in 2015 en de effecten van de nieuwe wet Werk en Zekerheid (2015 moeten nog geïmplementeerd worden). Als gevolg daarvan moet de gehele personele administratie worden aangepast en moeten ongeveer 75% van de huidige regelingen binnen de GGDrU worden geactualiseerd. Actualisatie is ook nodig omdat de meeste regelingen van de voormalige GGD Midden-Nederland afkomstig zijn.

Boventallige medewerkers

Het sociaal statuut en het CAR-UWO 'Van werk naar werk-traject' moet voor boventallige medewerkers worden toegepast.

Wet Verbetering Poortwachter

De Wet Verbetering Poortwachter moet worden toegepast voor langdurig zieken, anders kunnen loonsancties van bijvoorbeeld een jaar volgen.

GGD Regio Utrecht
t.a.v. dr. P.L.J. Bos
Postbus 51
3700AB Zeist

Onderwerp:
Zienswijze op concept Kadernota GGDrU
2016

Uw Kenmerk: Uit-2014/04367/

Uw brief van: 15 december 2014
geregistreerd onder nr.: n.v.t.

Datum

Ons Kenmerk

Doorkiesnummer/Behandeld door:

Verz.

15U.00790

06-35113543 / A. de Leeuw

Geachte heer Bos,

In uw brief van 15 december 2014 verzoekt u de gemeenteraad de zienswijze op de Kadernota voor 5 maart 2015 kenbaar te maken aan de GGD regio Utrecht. In deze brief wordt de zienswijze beschreven zoals die geformuleerd is door de gemeenteraad.

De gemeenteraad heeft kennis genomen van de concept Kadernota.

De Kadernota biedt zicht op de actuele ontwikkelingen binnen de publiek gezondheid en het lokale sociale domein. De uitdagingen zijn in beeld gebracht, de risico's benoemd. Tegelijk is nog veel onduidelijk betreffende de uitwerking en de financiële gevolgen. Het gesprek over uitvoering van taken in het sociale domein is binnen de gemeente, met de regio en met de GGD nog gaande.

De gemeenteraad vraagt dan ook aandacht voor:

1. De mogelijke financiële gevolgen van de geschetste ontwikkelingen voor de begroting van de GGDrU en de inwonerbijdrage. Er wordt gesproken over benodigde extra formatie op een aantal functies, over het niet conform richtlijnen kunnen uitvoeren van medische milieukundige zorg, over technische hygiënezorg in het basispakket. Onduidelijk zijn de consequenties hiervan voor de begroting. Het uitgangspunt van de gemeente is dat de inwonerbijdrage niet anders wordt verhoogd dan met een realistische indexering (Woerden hanteerde voor 2015 1,5%). Voor het opnemen van technische hygiënezorg in het basispakket ziet de raad graag een onderbouwing en een financiële vertaling voor Woerden.
2. De risico's in de bedrijfsvoering die in de kadernota worden benoemd. Ook hier is niet duidelijk wat de financiële gevolgen van het oppakken van de tekortkomingen zijn voor de begroting van de GGD.
3. De besluitvorming over (onderdelen van) taken die door de gemeente ook anders belegd kunnen

worden dan bij de GGD. Deze is nog niet afgerond. De gemeente is alert op dubbelingen en overlap en heeft flexibiliteit nodig en ruimte voor innovatie. Aansluiting op de lokale behoefte is belangrijk. Het is dus mogelijk dat de gemeente taken zelf gaat uitvoeren of elders belegt.

De gemeenteraad heeft aan de wethouder een aantal aandachtspunten mee gegeven voor inbreng in het Algemeen Bestuur. Het gaat om:

- Het afstemmen van monitoren met onderzoek dat door bijvoorbeeld RIVM wordt uitgevoerd
- De wens om via de monitoren meer zicht te krijgen op de maatschappelijk effecten
- De vraag om de monitoren te laten aansluiten bij het gezondheidsbeleid van de gemeente
- Meer duidelijkheid te geven over de aard van de taken: wettelijk of niet wettelijk, verplicht af te nemen bij de GGD of niet, via DVO afgenomen of anders afgesproken.

De gemeente kijkt uit naar de ontwerpbegroting 2016 en naar de uitwerking van de eerste aanzet, zoals in de concept Kadernota beschreven, van een sluitende visie op de dienstverlening door de GGD met een goede aansluiting op de lokale behoefte.

Heeft u nog vragen, dan kunt u contact opnemen met Alide de Leeuw, beleidsadviseur van de gemeente Woerden, te bereiken op telefoonnummer 06 35113543 of via de mail: leeuw.a@woerden.nl

Wij vertrouwen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

College en Burgemeester en Wethouders van Woerden

Drs. M.H.J. van Kruijsbergen
Gemeentesecretaris

V.J.H. Molkenboer
Burgemeester

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

629287-122954- PG

Bijlage(n)

1

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

Datum 28 augustus 2014

Betreft Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke
verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk

Geachte voorzitter,

1. Aanleiding

Nederland is bezig met een heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning. We gaan anders denken over gezondheid. Het gaat niet alleen om de afwezigheid van ziekten, maar ook om eigen regie op het leven en participatie. Er zijn ingrijpende veranderingen in het preventiebeleid, de curatieve zorg, langdurige zorg, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning¹. Rode draad is de omslag van denken in termen van 'ziekte, zorg en afhankelijkheid' naar 'gezondheid, preventie en eigen kracht'². De rol van mensen zelf, zorgverleners, verzekeraars en de overheid verandert. Dit heeft consequenties voor de manier waarop we de publieke gezondheidszorg borgen en organiseren.

Publieke gezondheid: werk in uitvoering

De afgelopen jaren hebben we belangrijke stappen gezet naar een samenhangend aanbod van publieke gezondheidszorg. Met de totstandkoming van de Wet publieke gezondheid (Wpg) in 2008 is voldaan aan de International Health Regulations (IHR) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Daarmee is Nederland beter voorbereid op (internationale) uitbraken van infectieziekten. Wijzigingen in de Wpg (2012) waren bedoeld om de samenhang tussen de Wpg en de Wet veiligheidsregio's te versterken en de afstemming tussen het landelijke en lokale gezondheidsbeleid te verbeteren. Het versterken van de publieke gezondheid is echter een continu proces waarin steeds weer nieuwe stappen worden gezet.

¹ Zorg en ondersteuning in de buurt. TK 32 620 nr. 27 d.d. 14 oktober 2011; Regeerakkoord, 29 oktober 2012; Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen' (TK 32 620 nr. 78) d.d. 8 februari 2013; Het Nationaal Programma Preventie (TK 32 793 nr. 102) d.d. 11 oktober 2013.

² Perspectief op gezondheid 20/20, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010

Concrete vraagstukken zoals de stevige wettelijke verankering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hielprik in de publieke gezondheidszorg staan al enige tijd op de agenda. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten is niet op alle punten duidelijk. Uw kamer heeft onze visie gevraagd op de rol, plaats en taak van de GGD'en, in relatie tot de Wet publieke gezondheid (Wpg)³.

Kenmerk
629287-122954- PG

Nieuwe kansen voor publieke gezondheid

Bovengenoemde ontwikkelingen bieden ook nieuwe kansen voor de publieke gezondheidszorg.

In het sociaal domein krijgen gemeenten een grotere rol op het terrein van de ondersteuning thuis. De decentralisaties maken het gemeenten mogelijk dwarsverbanden te leggen tussen maatschappelijke ondersteuning, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Hierbij willen zij ook verbindingen leggen met preventie en gezondheid. Alle decentralisaties benadrukken maatschappelijke participatie: meedoen in de samenleving, werk en onderwijs. Gezondheid speelt hierbij een belangrijke rol. Participatie bevordert gezondheid en vice versa. De uitvoering van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) was al een gemeentelijke verantwoordelijkheid maar de stelselherziening jeugd was aanleiding om opnieuw te kijken naar de inhoud van het basistakenpakket. Dit is een goede gelegenheid om ook de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma steviger in de publieke gezondheid te verankeren.

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn steeds meer op elkaar aangewezen om preventie, zorg en ondersteuning lokaal te verbinden. Met de aanspraak wijkverpleegkundige zorg in de Zorgverzekeringswet en de opzet van sociale wijkteams door gemeenten kan hieraan verder gestalte worden gegeven. In het veiligheidsdomein zien we toenemende samenwerking tussen de veiligheidsregio, brandweer, politie, gemeente en de (publieke) gezondheidszorg. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) heeft daarin een verbindende taak. Deze samenwerking zien we zowel bij grootschalige incidenten, crises en rampen als daarbuiten.

Deze ontwikkelingen vragen om een heroriëntatie op de organisatie en borging van een aantal specifieke thema's in de publieke gezondheid. In paragraaf 3 bespreken we de veranderingen in de publieke gezondheidszorg voor de jeugd (basispakket jeugdgezondheidszorg, Rijksvaccinatieprogramma en hielprik) en in paragraaf 4 de positionering van de GGD'en. We benaderen deze thema's zoveel mogelijk vanuit dezelfde basisprincipes voor de borging en organisatie van de publieke gezondheid. Deze worden in paragraaf 2 besproken.

Om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk te benadrukken, hebben we de VNG geconsulteerd. De VNG heeft aangegeven dat de in deze brief beschreven visie een goede basis is voor verdere samenwerking op dit gebied.

³ Toezegging tijdens Algemeen Overleg over het preventiebeleid van 30 mei 2013, TK 32 793 nr. 98

2. Basisprincipes van de borging en organisatie van de publieke gezondheid

Kenmerk
629287-122954- PG

Gezondheid vanuit een veranderend maatschappelijk perspectief

In de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'⁴ is de basis gelegd om op een andere manier te kijken naar gezondheid en preventie en de rollen en verantwoordelijkheden van partijen. Uitgangspunt is dat gezondheid iets van mensen zelf is. Binnen de directe omgeving waarin mensen wonen, werken, recreëren en naar school gaan, zijn de nodige aanknopingspunten om aan gezondheid te werken. Het kabinet heeft deze uitgangspunten geconcretiseerd in het Nationaal Programma Preventie⁵.

De overheid heeft vooral een rol als mensen zelf of hun omgeving geen of weinig invloed kunnen hebben op de gezondheidsrisico's. Dit kan te maken hebben met de benodigde kennis of vaardigheden die nodig zijn om risico's te herkennen en er iets mee te doen. In die gevallen mag iedereen er vanuit gaan dat de overheid de nodige *collectieve* voorzieningen treft om de volksgezondheid te beschermen, bewaken en bevorderen. De overheid is verantwoordelijk voor een adequaat stelsel voor publieke gezondheid om, indien mogelijk, gezondheidsrisico's te voorkomen, risico's en bedreigingen tijdig te signaleren, partijen en burgers te informeren, toezicht te houden en, indien nodig, in te grijpen als de volksgezondheid in gevaar komt.

Publieke gezondheid in de volle breedte

Publieke gezondheid omvat een breed terrein waarin alle factoren terugkomen die invloed hebben op de volksgezondheid: erfelijke aanleg, gedrag/leefstijl, de omgeving (zowel fysiek als sociaal) en de toegang en kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Er zijn dan ook veel partijen actief op dit terrein. Zij voeren taken uit ten behoeve van het beleidsproces, kennisontwikkeling, ondersteuning, uitvoering, zorgverlening en toezicht. Dit zijn zowel publieke organisaties (ZonMw, het RIVM en de GGD'en) als private partijen ((eerstelijns)zorgverleners, screeningsorganisaties, kennisinstituten).

Binnen de rijksoverheid is een breed spectrum aan wet- en regelgeving en (ondersteuning van) uitvoeringsactiviteiten te benoemen gericht op de publieke gezondheid. Het Rijk dient een goed werkend stelsel voor publieke gezondheid in te richten. Hierbij is niet alleen het ministerie van VWS betrokken maar ook vele andere departementen. De stelselverantwoordelijkheid van de afzonderlijke ministers wordt vormgegeven via diverse wetten zoals Zorgverzekeringswet, Wet Bevolkingsonderzoek, ARBO wet, milieuwetgeving, Warenwet, Tabakswet, Drank- en Horecawet, Wet Veiligheidsregio's, Wet op de kinderopvang en niet in de laatste plaats de Wet publieke gezondheid.

Daarnaast zijn er activiteiten van het Rijk die niet zijn belegd in wetten. Zo biedt het Rijk specifieke risicogroepen de mogelijkheid om deel te nemen aan bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld screening op borstkanker) of vaccinatieprogramma's (griep prik).

⁴ Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (TK 32 793 nr. 1) d.d. 25 mei 2011

⁵ Het Nationaal Programma Preventie (TK 32 793 nr. 10) d.d. 11 oktober 2013

De publieke gezondheid heeft ook een sterke internationale component. Belangrijke gezondheidsrisico's zoals de luchtkwaliteit, antimicrobiële resistentie (AMR), infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld Middle East Respiratory Syndrome, MERS) en onze voedselveiligheid, vragen om een internationale aanpak. Landen moeten er onderling op kunnen vertrouwen dat de uitvoering van de publieke gezondheid goed is geregeld. Naast de wet- en regelgeving van de Europese Unie, heeft de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) daarvoor de International Health Regulations (IHR) opgesteld.

Kenmerk
629287-122954- PG

In deze brief richten we ons vooral op de taken en verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Wet publieke gezondheid: gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk

Gemeenten en Rijk zijn gezamenlijk bestuurlijk verantwoordelijk voor de publieke gezondheid. Een aantal taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg, dat het Rijk in medebewind heeft gegeven aan de gemeenten, is geregeld in de Wpg. Het idee daarachter is dat veel determinanten van de volksgezondheid het beste op lokaal niveau kunnen worden beïnvloed. Gemeenten zijn dan ook beter in staat om maatwerk te leveren, in te spelen op de leefwereld van mensen en rekening te houden met specifieke lokale omstandigheden. De Wpg geeft gemeenten daarvoor een aantal taken zoals het uitvoeren van infectieziektebestrijding, preventieve ouderenzorg en jeugdgezondheidszorg, het monitoren van de volksgezondheid en het voeren van lokaal gezondheidsbeleid waarbij een grote mate van lokale beleidsruimte hoort.

De Wpg geeft het Rijk, in casu de minister van VWS, specifieke taken binnen de publieke gezondheid met het doel de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheid te bevorderen. Het gaat daarbij zowel om de uitvoering van activiteiten die het gemeentelijk beleid ondersteunen als om het stellen van kaders. Zo heeft het Rijk de taak om een landelijke ondersteuningsstructuur in stand te houden en te verbeteren, dient het Rijk interdepartementale en internationale samenwerking te bevorderen, iedere vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid te formuleren en een programma voor uitvoering van onderzoek op te stellen. Daarnaast heeft het Rijk onder speciale omstandigheden, coördinerende en uitvoerende taken bij de infectieziektebestrijding. Ook stelt het Rijk de inhoud van het basistakenpakket JGZ en het RVP vast.

Twee soorten taken: medische en maatschappelijke oriëntatie

In de publieke gezondheid worden meer medisch georiënteerde taken en meer maatschappelijk georiënteerde taken onderscheiden. De meer medisch georiënteerde taken richten zich onder andere op infectieziektebestrijding, medische milieukunde en monitoring en screening binnen de jeugdgezondheidszorg. Bij de meer medisch georiënteerde taken wordt in hoge mate volgens professionele protocollen gewerkt en is een uniforme uitvoering van cruciaal belang voor de kwaliteit en effectiviteit van de maatregelen. De beleidsruimte is daardoor vaak beperkt.

De meer maatschappelijk georiënteerde taken richten zich op het gedrag en de leefomgeving van mensen, zoals de gemeentelijke taak op het terrein van leefstijl. Niet zozeer uniformiteit maar maatwerk is belangrijk omdat de focus en aanpak afhangt van specifieke lokale situatie of doelgroep. De effectiviteit van interventies wordt sterker beïnvloed door de lokale context. Er is sprake van een integrale

aanpak waarbij gezondheid wordt bevorderd door verbindingen te leggen met andere beleidsterreinen waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn zoals het sportbeleid, ruimtelijke ordening en welzijn. Om te zoeken naar passende oplossingen en verbindingen is (lokale) beleidsruimte van belang.

Kenmerk
629287-122954- PG

Het Rijk en de gemeenten hebben hun eigen publieke gezondheidsorganisaties voor beleidsadvisering en, indien noodzakelijk, de regie op de uitvoering, of desgewenst de uitvoering van publieke gezondheidstaken. Voor het Rijk is dat het RIVM en voor de gemeente de GGD.

De Wpg geeft de gemeenten de opdracht om, via een gemeenschappelijke regeling, een gemeentelijke gezondheidsdienst in te stellen en in stand te houden. De gemeenten zijn daarmee eigenaar en opdrachtgever van de GGD. In die rol dienen gemeenten te borgen dat bepaalde deskundigheden bij de GGD beschikbaar zijn. Tegelijkertijd bestaat er voor veel Wpg-taken geen wettelijke verplichting de GGD als uitvoeringsorganisatie te kiezen.



De kern van een adequate publieke gezondheid is dat de verantwoordelijkheden van deze vier partijen goed op elkaar zijn afgestemd. Bij medisch georiënteerde taken met landelijke verantwoordelijkheid ligt het zwaartepunt op landelijk niveau bij het RIVM, op regionaal/lokaal niveau bij de GGD'en. Wat betreft de maatschappelijk georiënteerde taken is er op beide niveaus veel beleidsvrijheid. Het Rijk *kan* daarvoor het RIVM inschakelen en de gemeente de GGD, maar bij deze taken spelen vaak andere partijen een belangrijke rol. Denk bijvoorbeeld aan sportorganisaties, eerstelijnsgezondheidszorg, welzijnsinstellingen en de GGZ bij de uitvoering van de gemeentelijke taak op het terrein van het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Schaalgrootte voor kwaliteit en continuïteit

De schaal van de gemeente is voor een aantal taken in de publieke gezondheid te klein om over voldoende expertise te kunnen beschikken voor het bieden van kwaliteit en continuïteit. Vooral bij medisch georiënteerde taken overstijgt de problematiek vaak de gemeentegrenzen: de lokale schaal is te klein om voldoende slagkracht en expertise op te bouwen om deze taken uit te voeren.

Het Rijk moet kunnen bouwen op een goede uitvoering en een professioneel aanspreekpunt op bovenlokaal niveau. Dit principe ligt ten grondslag aan de infectieziektebestrijding (waaronder de tuberculosebestrijding), medische milieukunde en aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG)⁶. Bij rampen en crises moet de publieke gezondheidszorg eenvoudig kunnen worden ingezet onder aansturing, regie en coördinatie van de GHOR/veiligheidsregio. Het is ondoenlijk om snel en adequaat op te treden als alle gemeenten dat verschillend hebben geregeld.

Publieke gezondheid voor risicogroepen

Binnen het publieke gezondheidsdomein is specifieke aandacht voor groepen met grote gezondheidsrisico's. Daarbij staan twee taken centraal: de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de sociale 'vangnetfunctie'.

De levensverwachting van Nederlanders neemt nog steeds toe, maar er blijven grote verschillen tussen bevolkingsgroepen. De levensverwachting is voor laagopgeleiden gemiddeld 6 jaar korter dan voor hoogopgeleiden. Voor de gezonde levensverwachting is dit verschil 19 jaar. In het National Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' heeft de aanpak van deze gezondheidsachterstanden dan ook een prominente plek gekregen. Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn hardnekkig en complex. Er ligt een breed scala aan oorzaken aan ten grondslag. Dit maakt een integrale aanpak nodig waarin biomedische aspecten, leefstijl, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg/ondersteuning, de sociale en fysieke omgeving worden verbonden. De aanpak van SEGV is een maatschappelijk georiënteerde opgave, waarbij gedrag en leefomgeving van groot belang zijn. Maar ook meer medisch georiënteerde aspecten (zoals toegang tot zorg) spelen een rol. Doordat de omgeving waarin mensen wonen, werken en leren centraal staat in de aanpak, liggen veel kansen voor het verbeteren van hun gezondheid op gemeentelijk niveau (zoals bij de meeste maatschappelijk georiënteerde vraagstukken). Op gemeentelijk niveau liggen veel mogelijkheden om directe verbanden te leggen tussen het gezondheidsbeleid en andere domeinen zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, milieu en veiligheid. Het is dan ook belangrijk dat gemeenten relevante partijen en sectoren op lokaal niveau met elkaar verbinden.

Een groeiend aantal gemeenten pakt hun rol ten aanzien van SEGV op⁷. Om de rol van gemeenten bij SEGV daarom meer te ondersteunen hebben we tijdens het notaoverleg van 27 januari jl. een stimuleringsprogramma aangekondigd. De 91 gemeenten met de wijken met de laagste statusscore, krijgen een decentralisatie uitkering. In totaal is € 10 miljoen per jaar beschikbaar voor de periode 2014 tot en met 2017, de zogenaamde GIDS-gelden. Daarmee komen naast de grotere gemeenten, ook enkele middelgrote steden en plattelandsgemeenten in krimpgebieden in aanmerking voor deze gelden. De gemeenten worden opgeroepen om gebruik te maken van wat er al bekend is over een effectieve aanpak van gezondheidsachterstanden via het programma 'Gezond in... lokale aanpak gezondheidsachterstanden' waarin kennis van werkzame interventies, goede voorbeelden en ervaringen worden

⁶ Kamerstuk TK 32 239 nrs. 1 en 3.

⁷ Rapport GGD Nederland 'Gezondheidsbeleid in de groei, scan van gemeentelijke gezondheidsnota's d.d. 3 december 2013 en rapport van Panteia 'Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars, een quick scan' d.d. 22 oktober 2013.

samengebracht⁸. Vanaf 2015 worden de GIDS-gelden uitgebreid met € 10 miljoen per jaar. In het najaar worden de gemeenten over de verdeling van deze extra middelen geïnformeerd.

Kenmerk
629287-122954- PG

De Wpg verplicht gemeenten om, op basis van epidemiologische gegevens, inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking. Dat maakt duidelijk welke bevolkingsgroepen de grootste risico's lopen en de grootste gezondheidsproblemen hebben. Het programma ondersteunt gemeenten vervolgens om deze kennis om te zetten in een effectieve lokale aanpak en daarbij de relevante partners te betrekken en te verbinden. Hierbij vervullen de GGD'en een belangrijke rol. We lichten dit in paragraaf 4 nader toe.

De 'vangnetfunctie' richt zich op mensen die het op meerdere fronten tegelijk niet redden in de maatschappij zoals multi-probleem gezinnen, chronisch psychiatrische patiënten, daklozen, ongedocumenteerden, situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling. Gemeenten zetten in op een integrale aanpak van zorg en ondersteuning in deze situaties. Daarbij is het ook belangrijk dat de sociaal-medisch georiënteerde blik, vanuit de publieke gezondheid, wordt gewaarborgd.

Openbare Geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is één van de taakvelden uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)⁹. Het gaat om het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Onder dit beleidsterrein zijn alle activiteiten van de gemeente op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg begrepen. Hiermee is de keten van collectieve preventie van (ernstige) psychosociale problemen, het opsporen en toeleiden naar de zorg en de opvang in één hand en kan optimale samenhang worden nagestreefd.

In de WMO zijn als prestatieveld naast de OGGZ, de Maatschappelijke Opvang, de Vrouwenopvang en de (niet individuele) Verslavingszorg genoemd. Dit zijn allemaal elementen van de opvang/vangnetfunctie die een gemeente heeft voor mensen die zorg nodig hebben. In de Wpg zijn de tuberculosebestrijding, het SOA-aanbod en de aanpak van woningvervuiling vaak op dezelfde doelgroep gericht en vormen elementen van diezelfde vangnetfunctie. In veel regio's is de GGD verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ-activiteiten. De vangnetfunctie vraagt van de uitvoerende organisaties afstemming en overleg en vergt beleidsmatige afstemming tussen Wpg en WMO.

Bovengenoemde uitgangspunten gebruiken we hieronder bij de heroriëntatie op de organisatie en/of borging van de eerder genoemde actuele thema's binnen de publieke gezondheid voor de jeugd en de positie van de GGD.

⁸ Zie voor meer informatie www.gezondheidin.nu.

⁹ Deze taak was tot 2007 geborgd via de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de voorganger van de Wpg en is met de komst van de WMO naar die wet overgeheveld.

3. Publieke gezondheid voor de jeugd

Kenmerk
629287-122954- PG

Vanuit de overheid wordt een aantal activiteiten ten behoeve van de jeugd aangeboden die vallen onder de publieke gezondheid: het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, het rijksvaccinatieprogramma (RVP) en de hielprik. De JGZ is als taak van de gemeenten geborgd in de Wpg en financiering vindt plaats via het gemeentefonds. Het RVP en de hielprik zijn wettelijk en financieel ondergebracht in de AWBZ. We willen daar meer eenheid in aanbrengen.

Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) bestaat uit een landelijk vastgesteld preventief gezondheidszorgpakket dat onder verantwoordelijkheid van de gemeenten actief wordt aangeboden aan alle jeugdigen tot 19 jaar¹⁰. De JGZ volgt daarmee de ontwikkeling van kinderen in relatie tot de fysieke en sociale omgeving van kind en gezin, geeft voorlichting en biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door. De JGZ kent zowel medische als maatschappelijke onderdelen. Voor de uitvoering zijn hoog opgeleide professionals nodig. Mede naar aanleiding van de stelselherziening Jeugd heeft de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ opnieuw gekeken naar de inhoud van het basistakenpakket JGZ. Uw Kamer is over het advies van deze commissie en het standpunt hierop geïnformeerd¹¹.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van het basistakenpakket JGZ aan ieder kind. Integrale uitvoering van de JGZ is daarbij het uitgangspunt. Gemeenten zijn daarbij vrij te bepalen door wie ze de JGZ laten uitvoeren, mits de kwaliteit geborgd is. Er is geen schaal vastgelegd waarop de JGZ uitgevoerd moet worden. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de afstemming op andere lokale activiteiten en kunnen ze aanvullende activiteiten aanbieden. In de praktijk wordt de JGZ meestal door GGD'en en zorgorganisaties uitgevoerd. Het Rijk is verantwoordelijk voor het vaststellen van de taken en de inhoud van het basispakket. Ook is het Rijk verantwoordelijk voor de landelijke ondersteuningsstructuur voor kennis en innovatie. Het RIVM (voor monitoring van de jeugdgezondheid) en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (voor richtlijnen) spelen daarin een belangrijke rol. Het Rijk heeft geen uitvoerende taken voor de JGZ.

Op advies van de commissie evaluatie basispakket JGZ wijzigen we het Besluit publieke gezondheid op de onderstaande punten. Wijziging van de Wet publieke gezondheid is hiervoor niet nodig.

- Het huidige onderscheid tussen het uniforme deel (dat aan alle jeugdigen moet worden aangeboden) en het maatwerk deel (dat moet worden afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen en op lokale of demografische en epidemiologische gegevenheden) komt te vervallen. Het nieuwe basispakket geeft aan welke activiteiten in elk geval beschikbaar moeten zijn voor alle kinderen en jongeren. Voor het hele basispakket geldt dat de uitvoering wordt afgestemd op de individuele situatie van kind en gezin, volgens professionele richtlijnen.
- De onderdelen van het huidige maatwerk worden als volgt ondergebracht:
 - o Het uitvoeren van specifieke programma's of (groeps)activiteiten na signalering van risico's of problemen wordt onderdeel van de Jeugdwet. Als specifieke JGZ-deskundigheid vereist is, worden deze activi-

¹⁰ Dit zijn de huidige leeftijdsgrenzen. Met het wetsvoorstel Jeugdwet wordt de leeftijdsgrens van de JGZ gesteld op 0-18 jaar zodat deze gelijk loopt met die van jeugdhulp.

¹¹ Zie kamerstuk TK 31 839, nr. 297.

- teiten uitgevoerd door de JGZ, zo niet dan kunnen gemeenten kiezen of ze deze activiteiten laten uitvoeren door de JGZ of andere partijen.
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding wordt opgenomen in het basispakket. Dit is gericht op het ondersteunen en versterken van de eigen kracht van ouders en jongeren en op normaliseren. De onderwerpen waarop dit moet plaatsvinden worden aangegeven, conform het advies van de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ¹².
 - Het systematisch analyseren van gegevens voor het formuleren van collectieve maatregelen gericht op het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen (eerder aangeduid als beleidsadvisering) wordt opgenomen in het basispakket.
 - Het uitvoeren van collectieve maatregelen behoort afhankelijk van het onderwerp tot de Jeugdwet of de Wpg.
- Aan de screenings wordt toegevoegd 'nagaan of bij de jeugdige sprake is van dysplastische heupontwikkeling'. Hoewel dit niet was opgenomen in het basistakenpakket wordt het in de praktijk al altijd uitgevoerd.
 - Opgenomen wordt dat een structureel aanbod moet worden gedaan aan jongeren vanaf 14 jaar. Hierbij moeten activiteiten beschikbaar zijn gericht op gezond gewicht, roken, veilig vrijen, gebruik van alcohol en drugs, weerbaarheid, depressie en schoolziekteverzuim.

De wijzigingen in het Besluit pg moeten gelijk van kracht worden met de Jeugdwet.

Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is een pakket vaccinaties dat de rijksoverheid aanbiedt aan alle jongeren (0-18 jaar) in Nederland. Omdat de vaccinaties uit het RVP vooral tot doel hebben om uitbraken van (zeer) ernstige infectieziekten bij kinderen te voorkomen, wordt veel belang gehecht aan een zo groot mogelijke opkomst¹³. De (Rijks)overheid stuurt dan ook sterk op dit programma en er wordt op verschillende manieren geprobeerd om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Zo worden de vaccinaties van het RVP van oudsher toegediend tijdens de contactmomenten van de JGZ waarin ook het volgen van groei en ontwikkeling en voorlichting plaatsvindt. Met deze koppeling is naar verwachting de opkomst voor zowel de JGZ als voor het RVP hoger dan wanneer beide programma's afzonderlijk aangeboden zouden worden. Wij hechten er daarom aan deze samenhang goed te borgen.

Op dit moment is het Rijk geheel verantwoordelijk voor de uitvoering van het RVP. De minister van VWS stelt op advies van de Gezondheidsraad de inhoud van het programma vast. Het RIVM regelt de aanschaf en distributie van vaccins naar de uitvoerende organisaties, zorgt voor oproep en registratie van de doelgroep en verzorgt de voorlichting naar publiek en professionals. Voor het toedienen van de vaccinaties sluit het RIVM overeenkomsten met dezelfde organisaties die, in opdracht van gemeenten, de JGZ uitvoeren.

Om de huidige praktijk zoveel mogelijk te borgen willen we in de Wpg opnemen dat het Rijk verantwoordelijk blijft voor de inhoud van het programma (welke vaccins worden aangeboden), de aanschaf en distributie van vaccins, de oproep en registratie van kinderen en de voorlichting. Om de koppeling met de JGZ te behouden wordt de gemeente formeel verantwoordelijk voor het feitelijk zetten

¹² Deze onderwerpen zijn opgenomen in tabel 1 en 2 van het advies "Een stevig fundament" dat u op 7 maart 2013 is aangeboden als bijlage bij kamerstuk TK 31 839, nr. 272

¹³ Wanneer de vaccinatiegraad boven een kritische grenswaarde komt (veelal 95%) krijgen de infectieziekten waartegen gevaccineerd wordt geen kans om zich te verspreiden en worden epidemieën voorkomen.

van de vaccinaties. Daartoe wordt ook in de wet vastgelegd dat het RVP en de JGZ altijd door dezelfde partij uitgevoerd moeten worden. Ook wordt vastgelegd aan welke kwaliteitseisen de uitvoering dient te voldoen. De financiering zal hierdoor deels vanuit de Rijksbegroting en deels vanuit het gemeentefonds plaatsvinden.

Kenmerk
629287-122954- PG

Hielprik

Via de hielprik wordt bij iedere pasgeborene bloed afgenomen waarmee ernstige aangeboren ziekten bij kinderen worden opgespoord. Het gaat hier om een medisch georiënteerde taak, die volgens vaststaande protocollen wordt uitgevoerd en waarbij een uniforme en tijdige uitvoering van essentieel belang is. Het bloed moet zo spoedig mogelijk vanaf vier dagen (met een uitloop tot zeven dagen) worden afgenomen. Momenteel is het Rijk verantwoordelijk voor het hele programma. De minister van VWS stelt op advies van de Gezondheidsraad de inhoud van het programma vast. Het RIVM draagt zorg voor de landelijke coördinatie van de neonatale hielprikscreening en verzorgt organisatie, onderzoek, kwaliteitsbewaking en voorlichting. Het afnemen van het bloed vindt plaats door de jeugdgezondheidszorg, of onder verantwoordelijkheid van de JGZ door verloskundigen, kraamverzorgenden of in ziekenhuizen.

Ook voor de hielprik is de optie verkend om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij gemeenten onder te brengen. Het belang van tijdige en uniforme uitvoering weegt hier zwaarder dan de samenhang met de JGZ, mede doordat de uitvoering van de hielprik in de praktijk nu ook niet overal door de JGZ gebeurt. We willen daarom de uitvoering van het programma hielprikscreening als geheel onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid houden. De financiering zal rechtstreeks vanuit de begroting plaatsvinden.

Met deze wijzigingen worden RVP en hielprik vanuit de AWBZ overgebracht naar de Wet publieke gezondheid. Hiermee worden de verschillende onderdelen van de publieke gezondheidszorg in deze wet geborgd. Wij zullen hiervoor medio volgend jaar een voorstel naar uw kamer sturen. Omdat dit niet gerealiseerd is voordat de AWBZ wordt aangepast is in het nieuwe wetsvoorstel Langdurige Zorg (Wlz) een voorstel opgenomen waarmee we een tijdelijke voorzorgsbepaling in de Wpg creëren ten behoeve van het RVP en de hielprik, vergelijkbaar met wat nu in het kader van de AWBZ is geregeld. Vanaf 2018 zullen het RVP en de hielprik zijn geborgd in de Wpg.

Verbinding JGZ en sociaal domein: veel potentie!

Gemeenten gaan meer sturen op samenwerking en samenhang binnen het sociaal domein. Ze bepalen zelf hoe ze dat lokaal gaan invullen. Dit is afhankelijk van de lokale omstandigheden: zowel de problematiek, als de beschikbare zorg- en ondersteuningsmogelijkheden kunnen tussen gemeenten verschillen. De JGZ heeft een unieke positie om verbindingen te leggen tussen publieke gezondheid en het bredere sociaal domein. De JGZ is een stabiele basis waarop gemeenten verder kunnen bouwen. De JGZ ziet in principe alle kinderen, op verschillende leeftijden. Daarmee heeft de JGZ een schat aan (epidemiologische) informatie en gegevens die gemeenten kunnen gebruiken om een aantal beleidsbeslissingen in het sociaal domein te onderbouwen, monitoren en evalueren. Het is mogelijk om risicoprofielen op wijk-/buurniveau of voor bepaalde scholen op te stellen.

De JGZ wordt meestal dichtbij, in de directe leefomgeving van mensen, aangeboden. Daarmee heeft de JGZ zicht op gezondheidsaspecten in de sociale en

fysieke omgeving en kan een directe link leggen met andere organisaties, zowel binnen als buiten de zorg, om problemen aan te kaarten of op te lossen.

Belangrijke partners zijn bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen, kraamzorg, jeugdhulpverleners en onderwijs.

De JGZ is in staat om in een vroeg stadium signalen op te vangen en door te geven zodat snel (lichte vormen van) ondersteuning kan worden geboden. Dit sluit aan bij de integrale aanpak van de centra voor jeugd en gezin (CJG's) en sociale wijkteams.

Behalve voor de directe zorgverlening aan individuele gezinnen, is deze kennis door gemeenten ook te gebruiken bij het opstellen van een sociale kaart of advisering bij het inkopen van zorg in een bepaalde wijk of buurt.

Kenmerk
629287-122954- PG

Jeugdhulp en JGZ hebben elkaar nodig. Gemeenten zijn voor beide verantwoordelijk. Zij zijn in staat de verbinding te leggen tussen de JGZ en de uitvoering van de preventieve activiteiten die vallen onder de Jeugdwet. Dit kan door de JGZ-professionals ook preventieve activiteiten te laten uitvoeren in het kader van de Jeugdwet, bijvoorbeeld extra ondersteuning van ouders van jonge kinderen als zij dat nodig hebben. Zo kan optimaal gebruik worden gemaakt van de professionele deskundigheid in de JGZ. Dit heeft als voordeel dat ouders en kinderen/jongeren niet verwezen hoeven te worden naar andere zorgverleners buiten de JGZ. De relatie tussen JGZ en jeugdhulp wordt ook versterkt doordat de jeugdarts, evenals de huisarts en medisch specialist, rechtstreeks kan verwijzen naar jeugdhulp (waaronder jeugd-GGZ).

Tenslotte moeten de JGZ en het onderwijs sterker met elkaar worden verbonden. Het Extra contactmoment jeugdgezondheidszorg voor adolescenten en de verbinding met passend onderwijs zijn daarvoor belangrijke instrumenten voor de gemeenten.

4. Positionering van GGD'en

De GGD'en hebben, samen met het RIVM op landelijk niveau, een spilfunctie in de publieke gezondheid. Niet alleen de gemeenten, als eigenaars en opdrachtgevers, hebben belang bij een goed functionerende GGD. Ook voor andere partijen is dit relevant, vooral als het gaat om medisch georiënteerde taken en het raakvlak met (sociale) veiligheid. Informatie over gezondheidsrisico's en acute bedreigingen, loopt vaak via de GGD naar bijvoorbeeld burgers, zorgverleners, peuterspeelzalen, scholen en bedrijven. Wanneer er specifieke kennis nodig is bij de uitvoering van concrete taken, wordt die door de GGD geleverd. Het Rijk vertrouwt voor een aantal van haar publieke gezondheidstaken op de GGD. Het RIVM en de GGD'en werken op vele gebieden inhoudelijk samen en zijn van elkaar afhankelijk.

Kansen

We achten het van belang dat de rol van de GGD op een aantal punten wordt versterkt.

Toezicht en controle op gezondheidsrisico's

Vanuit het oogpunt van gezondheidsbescherming moet er goed zicht zijn op de risico's voor de gezondheid van de burger in de sociale en fysieke omgeving. Dit blijft de komende tijd een belangrijk aandachtspunt. Er moet steeds worden gezocht naar een juiste balans tussen toezicht/controle op gezondheidsrisico's aan

de ene kant en andere maatschappelijke belangen aan de andere kant. We zien dit op veel terreinen terug zoals bij vraagstukken rond sociale veiligheid (zedenzaken), ruimtelijke ordening, verkeer, het signaleren en bestrijden van zoönosen en milieuwetgeving. Hierbij moet steeds meer aandacht zijn voor cumulatie van gezondheidseffecten in bepaalde gebieden. Dit vergt een risico-gestuurd toezicht met specialistische kennis die een GGD kan inbrengen.

Kenmerk
629287-122954- PG

Integrale aanpak

Bij veel preventieonderwerpen is een integrale aanpak nodig om resultaten te bereiken. Ook in het Nationaal Programma Preventie staat de integrale aanpak van preventie centraal. Het gaat om het bevorderen van samenwerking en het leggen van logische verbindingen zowel binnen het zorgdomein als daarbuiten. De GGD kan een rol spelen in het verbinden van lokale/regionale partijen en het benutten van kansen om gezondheidsbevordering en -bescherming ook in andere sectoren meer onder de aandacht te brengen.

Beleidsadviseur in het sociaal domein

Wij vinden het in het kader van de decentralisaties belangrijk dat gemeenten beschikken over een gedegen professionele basisinfrastructuur om dit proces adequaat lokaal vorm te kunnen geven. Met de GGD heeft iedere gemeente een dienst voorhanden die op het gebied van informatievoorziening een belangrijke rol kan spelen. De GGD heeft vanuit uitvoerende werkzaamheden zoals infectieziektebestrijding en meestal JGZ, maar ook vanuit epidemiologisch onderzoek en monitors veel kennis over gezondheid en welzijn van de bevolking en de fysieke en sociale omgeving. Door het bijeenbrengen van deze informatie ondersteunt de GGD gemeenten bij het beleid in het sociale domein. De GGD kan bijvoorbeeld vanuit haar kennis over de gezondheid van de bevolking, gemeenten adviseren over de inhoud/aard en de hoeveelheid in te kopen zorg op het gebied van preventie, jeugdhulp, zorg en welzijn.

Ook kunnen medewerkers van de GGD een rol spelen in het ondersteunen van sociale wijkteams in de gemeenten. Concreet kan het gaan om het herkennen en definiëren van problemen en (afhankelijk van de intensiteit van problemen in een bepaald gebied) kan een sociaal-medisch arts of verpleegkundige vast lid zijn van een wijkteam of op basis van expertise erbij gevraagd worden (a la ZAT-teams). Hierbij past ook het begrip sociale veiligheid: vanuit de sociaal-medische taken kan worden voorkomen dat psychische problematiek uitloopt op (sociale) onveiligheid. Dit is gerelateerd aan de OGGZ-taak van gemeenten, die tegenwoordig in de Wmo staat en nog steeds veel door GGD'en wordt uitgevoerd.

Nieuwe verbindingen tussen preventie, zorg en ondersteuning in de buurt

In de zorg zelf wordt ingezet op versterking van de eerste lijn en zorgstructuren in de buurt. Dat biedt vele kansen voor lokaal gezondheidsbeleid, mede op basis van de volksgezondheidsexpertise en informatie die bij de GGD aanwezig is. Zij kunnen ook een rol spelen bij de samenwerking die gemeenten zoeken met zorgverzekeraars. De GGD-regio kan een goed niveau zijn om deze samenwerking vorm te geven.

Risico's

De betrokkenheid van GGD'en bij de bovengenoemde ontwikkelingen varieert. Dit hangt af van de keuzes die de gemeenten daarin maken. Bij toezicht en controle op gezondheidsrisico's is de bijdrage van GGD'en evident, maar bij ontwikkelingen in het sociaal domein en in de zorg lijkt het dat de potentie van de GGD te weinig

wordt gezien. Het is niet voor alle betrokken partijen duidelijk wat van een GGD kan worden verwacht¹⁴.

Geen duidelijk beeld van de GGD

Er is grote variatie in de organisatie en het functioneren van de GGD'en. De Wpg staat dat ook toe: behoudens de verplichting een GGD in stand te houden en dat de GGD moet beschikken over bepaalde deskundigheden, legt de wet weinig vast. Er is veel beleidsvrijheid en dat leidt tot praktijkvariatie. Het is onduidelijk wat de gevolgen hiervan zijn voor de uitvoering van de lokale taken en voor het totale stelsel van de publieke gezondheid.

Kenmerk
629287-122954- PG

Diffuse aansturing door gemeenten

Uit onderzoek dat WagenaarHoes in opdracht van de VNG uitvoerde¹⁵, bleek dat een aanzienlijk deel van de wethouders worstelt met hun visie op takenpakket en aansturing van de GGD. De afstand tussen sommige GGD'en en hun bestuurders leidt ertoe dat onvoldoende wordt geadviseerd vanuit de deskundigheid van de GGD en de GGD onvoldoende wordt aangestuurd vanuit de lokale behoeften.

Gemeenten bezinnen zich - in het licht van hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden - op hun relaties met het uitvoerend veld, de beleidsadviestaak en de nieuwe noodzaak van beleids- en uitvoeringsregie. Er is discussie over publieke versus private uitvoering van overheidstaken, over aanbesteding en inbesteding. Hierbij speelt de bezuinigingsopgave voor de meeste gemeenten mee. Daarbij wordt soms niet alleen gekeken naar de 'nieuwe' taken, maar ook naar taken die de GGD uitvoert.

Beperkt landelijk zicht op uitvoering van (wettelijke) taken

AEF heeft onderzoek uitgedaan naar de borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD'en (zie bijlage 1). Op basis van een analyse van beleidsstukken, wettelijke kaders en gesprekken met betrokken partijen en experts, concludeert AEF dat het Rijk slechts beperkt zicht heeft op de taken die gemeenten bij GGD'en hebben belegd, de randvoorwaarden (financieel, personeel) voor de uitvoering en de prestaties die worden geleverd. Er is geen inzicht in de beschikbare expertise en of die voldoende is om landelijk of internationaal beleid een adequate lokale vertaling te geven.

GGD en Veiligheidsregio

In de Wpg is opgenomen dat gemeenten een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand houden op dezelfde schaal als de veiligheidsregio. De congruentie van de GGD'en met de veiligheidsregio's is de afgelopen jaren in bijna alle regio's gerealiseerd. Dat is een mooie prestatie en van belang voor een goede samenwerking tussen veiligheid en publieke gezondheid. De in het kader van de Wpg vereiste eigen gemeenschappelijke regeling voor de GGD is echter nog niet overal gerealiseerd.

De minister van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de Wet veiligheidsregio's waarin ook de schaalgrootte van de veiligheidsregio's is geregeld. Als er een wijziging van de schaalgrootte van de veiligheidsregio's en/of GGD'en wordt overwogen, vindt afstemming plaats tussen Veiligheid en Justitie en

¹⁴ Zie het onderzoek dat AEF in opdracht van VWS heeft uitgevoerd (zie bijlage 1) en het onderzoek dat WagenaarHoes heeft uitgevoerd voor de VNG (www.vng.nl).

¹⁵ Rapport WagenaarHoes Organisatieadvies 'Grip zonder bestuurlijke drukte, besturing van samenwerking als kunst en als kunde' d.d. juni 2011

VWS zodat de consequenties voor de betrokken organisaties in de besluitvorming kunnen worden meegenomen. Voor veel GGD-taken is er evidente meerwaarde in gemeentelijke samenwerking en congruentie met de veiligheidsregio's, maar een te grote GGD-regio kan ongewenste afstand creëren tussen de gemeenten en hun GGD. Daarom zal, als dit vraagstuk zich voordoet, een afweging worden gemaakt tussen de schaalgrootte van de GGD en congruentie met de schaal van de veiligheidsregio.

Kenmerk
629287-122954- PG

Een stevige basis voor de GGD: vier pijlers

Voor een goede borging van de publieke gezondheid is het belangrijk dat duidelijker wordt wat wij, zowel gemeenten als het Rijk, minimaal van GGD'en verwachten om de bovenstaande risico's het hoofd te bieden en kansen, waar mogelijk, te verzilveren. Wij willen dan ook meer zicht hebben op de taken en het functioneren van GGD'en.

Vier taken zijn voor het fundament van de publieke gezondheid van zo essentieel belang, dat zij op een uniforme wijze moeten worden geborgd. Ze vragen een gespecialiseerde deskundigheid met een hoge mate van continuïteit en duidelijke aanspreekpunten (zowel voor de lokale als de landelijke overheid). Deze taken dienen daarom bij de GGD'en te worden belegd en vormen de vier pijlers van iedere GGD. Rijk en gemeenten moeten, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, de kwaliteit van deze pijlers gezamenlijk verankeren.



Hieronder beschrijven we kort hoe iedere pijler er uit zou moeten zien.

Pijler 1. Monitoren, signaleren en adviseren

De GGD adviseert vanuit een brede kennisbasis de gemeenten over hun beleid op het gebied van preventie, gezondheidsbevordering en -bescherming. Daartoe behoort het signaleren en monitoren van gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving en het advies over de gezondheidseffecten van bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen. Dit gebeurt met eigen instrumenten (epidemiologisch onderzoek, brononderzoek, medisch milieukundig onderzoek) maar ook op basis van signalen vanuit het regionale netwerk (JGZ, huisartsen, politie, welzijnswerk, zorginstellingen en andere maatschappelijke partners) en landelijke partners zoals het RIVM en het CBS. De GGD is in staat signalen uit verschillende bronnen combineren. Kennis en advies beschouwen wij als kerntaken van iedere GGD.

Vanuit deze pijler adviseert en ondersteunt de GGD gemeenten bij de integrale uitvoering van de JGZ. Dit houdt in dat de GGD bestudeert en adviseert wat er nodig is om de uitvoering van de JGZ goed te laten aansluiten op de specifieke situatie in de gemeente/regio, hoe een goede samenwerking met partners in de gezondheidszorg, jeugdhulpverlening en onderwijs kan plaatsvinden en hoe effectief het gevoerde beleid is.

Bij de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is de GGD een belangrijke ondersteuner voor de gemeenten. De GGD brengt de gezondheidsproblematiek op wijk-/buurniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbindingen met partijen in andere sectoren. De meeste voorwaarden voor gezondheid worden immers buiten het domein van de zorg gecreëerd.

Pijler 2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

De Wpg bevat een aantal gezondheidsbeschermende taken waarvoor een bepaalde mate van specialistische medische deskundigheid van belang is om tot een goede invulling van de taken te komen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg.

Pijler 3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Verschillende taken moet de GGD ook in de opgeschaalde situaties kunnen uitvoeren. Dat vraagt een specifieke voorbereiding. De GGD geeft gezondheidskundig advies over infectieziektebestrijding, gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen en voert daarvoor ook een deel van de taken uit. In acute situaties dient de GGD de professionele regie kunnen voeren op de uitvoering van de taken, bijvoorbeeld bij de uitvoering van vaccinatieprogramma's bij een griepandemie. De GGD is daarbij afhankelijk van professionals die werkzaam zijn bij andere organisaties die taken in het kader van de publieke gezondheid uitvoeren. Denk daarbij aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dienst van zorgorganisatie en aan huisartsen. De GGD adviseert en ondersteunt gemeenten ook bij kleinschalige incidenten en zedenzaken: vaak schokkende gebeurtenissen die veel maatschappelijke onrust veroorzaken.

Pijler 4. Toezicht houden

Toezicht kan op verschillende manieren worden ingevuld. Het toezicht kan meer signalerend, adviserend en beïnvloedend van aard zijn, of juist meer controlerend, waarbij vooral gecheckt wordt of aan de regels wordt voldaan. Ook de mate waarin het toezicht wordt opgevolgd door advies dan wel handhaving kan verschillen.

De GGD houdt, samen met de NVWA, toezicht op ondernemers voor het gebruik van tatoeage- en piercingmateriaal (Besluit Warenwet), vooral gericht op de controle op hygiëneregels. Daarnaast heeft de GGD een toezichthoudende taak in de kinderopvang (Wet kinderopvang, Wko). Het toezicht op de kinderopvanginstellingen is onderwerp van een hervorming in deze kabinetsperiode. Het toezicht zal meer aandacht hebben voor de pedagogische kwaliteit van de opvang¹⁶.

¹⁶ Hierover heeft de minister van SZW op 29 november 2013 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (TK 31 322, nr. 225)

Ook de uitvoerende taken in het kader van gezondheidsbescherming, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg hebben toezichtaspecten.

Kenmerk
629287-122954- PG

Deze pijlers staan niet los van elkaar maar zijn juist met elkaar verbonden. Kennis, informatie maar ook personeel kan op verschillende pijlers worden ingezet.

Het benoemen van deze vier pijlers betekent ook dat er bij de uitvoering van overige taken binnen de publieke gezondheid, meer gemeentelijke variatie zal zijn in de keuze van de uitvoerders. Daarbij kan worden gedacht aan de *uitvoering* van de jeugdgezondheidszorg, de aanpak van SEGV, de *uitvoering* van lokale gezondheidsbevorderingsprogramma's en de zogenaamde 'vangnettaken'. Gemeenten kunnen er zelf natuurlijk voor kiezen om extra taken bij hun GGD te beleggen zoals regie op programma's tegen huiselijk geweld, buurtgezondheidsprogramma's of gerichte inzet op gezondheidsbevordering.

5. Naar een publieke gezondheid die op de toekomst is voorbereid

We concluderen dat er nog onduidelijkheden bestaan met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten in de publieke gezondheid en daaraan gekoppeld de rol van de GGD. Het Rijk is systeemverantwoordelijk en dient zicht te hebben op het stelsel, waaronder de verdeling van betrokken partijen, werkt. Het Rijk wil meer zicht op de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid, de taken die gemeenten bij GGD'en hebben belegd, de randvoorwaarden (financieel, personeel) voor de uitvoering en de prestaties die worden geleverd. Hiervoor hebben we op dit moment onvoldoende informatie beschikbaar. Ook tussen de gemeenten onderling ontbreekt dit inzicht. Deze brief is de eerste stap om hierin duidelijkheid te brengen. We hebben de basisprincipes beschreven om de publieke gezondheid in Nederland adequaat te borgen en de vier pijlers benoemd die het fundament vormen van iedere GGD.

De tweede stap is om de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten verder te verhelderen en uit te werken en de positie van de GGD'en, waar nodig, op de vier pijlers te versterken zodat de GGD'en beter in staat worden gesteld om in te spelen op de uitdagingen en kansen die eerder in deze brief zijn genoemd en de genoemde risico's op te vangen. Het gaat om het koesteren en uitbouwen van bestaande taken en het exploreren van nieuwe taken. Daarbij kijken we zowel naar het bestuurlijke draagvlak als naar de professionele randvoorwaarden die de GGD'en hiervoor nodig hebben. We starten het stimuleringsprogramma 'publieke gezondheid nieuwe stijl' met twee doelen:

1. Meer zicht krijgen op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid.

Hiervoor willen we een informatiesysteem opzetten dat op uniforme wijze de inspanningen en prestaties in de publieke gezondheid in kaart brengt. Om als rijksoverheid de stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarmaken, is inzicht nodig in het functioneren van de publieke gezondheidszorg op lokaal niveau en de interactie tussen gemeenten en rijksoverheid. Het gaat hierbij zowel om de inhoudelijke uitoefening van taken door onder andere gemeenten en GGD'en en

de organisatie van die taken. Hiermee willen we zicht krijgen op de inzet en de effectiviteit van ons stelsel voor publieke gezondheid. Lokale bestuurders hebben deze informatie ook nodig om hun beleid vorm te geven en ze kunnen het gebruiken om de Gemeenteraad te informeren. Om dit te bereiken zullen we samen met de gemeenten formuleren welke basisinformatie standaard beschikbaar moet zijn, zowel op landelijk niveau als voor lokale bestuurders. Daarbij is van belang om afspraken te maken hoe deze informatie beschikbaar komt en actueel gehouden wordt.

Kenmerk
629287-122954- PG

2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken.

Het verder uitwerken van de vier pijlers voor alle GGD'en:

- de relatie tussen GGD'en en het lokaal bestuur;
- de centrale rol van de GGD bij monitoring en epidemiologie;
- de adviesfunctie van GGD'en;
- de professionele relatie van de GGD'en met (landelijke) organisaties in de publieke gezondheidszorg;
- de invulling van bestaande toezichtstaken;
- het borgen van benodigde deskundigheden bij de GGD'en voor de uitvoering van de taken binnen de vier pijlers.

Versterken van de positie van de GGD'en in het sociaal domein, bij het nationaal programma preventie en bij de aanpak van SEGV.

Rode draad in het stimuleringsprogramma is de ontwikkeling van veldnormen voor de vier pijlers. Hiermee moet duidelijkheid komen over de inhoud van de taken en de benodigde deskundigheden. Normontwikkeling in de publieke gezondheid moeten zowel door de professionals als de bestuurders worden gedragen. Professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden moeten wel worden onderscheiden maar niet gescheiden. Dat betekent dat VWS, VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland gezamenlijk, maar vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, moeten optrekken bij de normontwikkeling. Voor de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en het sociale domein, en de rol van de GGD daarin, worden best practices in kaart gebracht en beschikbaar gesteld.

Het programma heeft een looptijd van drie jaar. VWS stelt hiervoor in totaal 1,25 miljoen euro beschikbaar. Wij vinden het belangrijk dat het programma gezamenlijk bestuurlijk gedragen wordt door VWS en VNG/gemeenten. Wij stellen daarom een stuurgroep in met vertegenwoordigers van VWS en de VNG/gemeenten. De stuurgroep geeft opdracht aan een projectgroep die de voorstellen verder uitwerkt, de activiteiten uitvoert of laat uitvoeren, en rapporteert aan de stuurgroep. De projectgroep bestaat uit medewerkers van het RIVM en GGD GHOR Nederland, VNG en VWS. Daarnaast worden relevante andere partijen betrokken bij deeltrajecten.

De derde stap is de wettelijke borging. Naast de, in paragraaf 3, aangekondigde wettelijke borging van het RVP en de hielprik in de Wpg, wordt door alle partijen bekeken of het noodzakelijk is om zaken die binnen het stimuleringsprogramma worden opgepakt en ontwikkeld wettelijk te borgen. Indien dit het geval is, zullen wij uw Kamer daarvoor voorstellen doen.

Wij informeren uw Kamer regelmatig over de voortgang. Daarbij maken we zoveel mogelijk gebruik van de rapportages die uw kamer ontvangt in het kader van het Nationaal Programma Preventie en de begrotingscyclus.

Kenmerk
629287-122954- PG

6. Financiële afspraken

Bovenstaande ambities zijn gericht op het verhelderen van bestaande wettelijke taken, het creëren van stabielere, effectievere en minder versnipperde infrastructuur, een betere afstemming tussen gemeenten en Rijk. Het gaat dus niet om nieuwe taken of taakverzwaring ten opzichte van wat in de Wpg is beoogd. Dit betekent dat dit kan worden gerealiseerd binnen de bestaande financiële kaders. Echter, om het proces een eenmalige impuls te geven trekken we in totaal €1,25 mln. extra uit voor het stimuleringsprogramma in de periode van 2014 tot en met 2016.

Daarnaast maken we met de gemeenten specifieke financiële afspraken over het zetten van de prikken in het kader van het RVP.

7. Tot slot

De publieke gezondheidszorg is in beweging, moet haar verdiensten koesteren maar staat ook voor nieuwe uitdagingen. Het is aan de vier centrale spelers om dit gezamenlijk, met respect voor ieders verantwoordelijkheden, op te pakken en daaraan vorm te geven. Het Rijk en de gemeenten moeten de bestuurlijke kaders bepalen; RIVM en GGD'en moeten zorgen voor een adequate en efficiënte professionele samenwerking.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

drs. M.J. van Rijn