

Publieke gezondheid in de regio Groningen

Ontwikkelperspectief 2017-2020

Agendapunt 8.b

23 november 2016

GGD Groningen

Inhoud

Hoofdstuk 1	Inleiding	4
Hoofdstuk 2	Verkenning van het domein Publieke Gezondheid	5
a.	Landelijk kader.....	5
b.	Domein Publieke Gezondheid	5
c.	Staat van GGD Groningen.....	7
d.	Sterkte/zwakte analyse	8
Hoofdstuk 3	Omgevingsanalyse	10
a.	Gemeentelijke schaal en herindeling	10
b.	Samenhang in het sociaal domein.....	10
c.	Jeugdgezondheidszorg.....	11
d.	Beschermingstaken	12
e.	Samenhang met de veiligheidsketen	13
f.	Governance	13
Hoofdstuk 4	Globale scenario's.....	15
a.	Inleiding	15
b.	Uitgangspunten	15
c.	Korte samenvatting van de scenario's.....	16
4.1	Scenario Romp.....	19
a.	Beschrijving.....	19
b.	Uitgangspunten	19
c.	Consequenties	19
d.	Omvang formatie en financiële kengetallen	21
e.	Governance	22
f.	Doorontwikkeling.....	22
4.2	Scenario Romp+.....	23
a.	Beschrijving.....	23
b.	Uitgangspunten	23
c.	Consequenties	23
d.	Omvang formatie en financiële kengetallen	25
e.	Governance	26

f. Doorontwikkeling	26
4.3 Scenario Transformatie	28
a. Beschrijving.....	28
b. Uitgangspunten	28
c. Consequenties	29
d. Omvang formatie en financiële kengetallen	30
e. Governance	31
f. Doorontwikkeling	31
4.4 Scenario Sociaal-Medisch Dienstencentrum.....	32
a. Beschrijving.....	32
b. Uitgangspunten	32
c. Consequenties	32
d. Omvang formatie en financiële kengetallen	34
e. Governance	35
f. Doorontwikkeling.....	35
Hoofdstuk 5 Uitwerking voorkeurscenario	36
a. Inleiding	36
b. Missie en visie	36
c. Inhoudelijke uitwerking	37
Hoofdstuk 6 Samenvatting bestuurlijke besluitpunten	46
Bijlage 1 Productenoverzicht GGD	47
Bijlage 2 Overzicht beschikbare budgetten en formatie GGD per scenario	47
Bijlage 3 Proces.....	47
Bijlage 4 Proefmodel Dienstverleningsovereenkomst GGD - gemeente X voor 2017	48
Bijlage 5 Verklarende afkortingen	50

Hoofdstuk 1 Inleiding

Het Algemeen Bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling Publieke Gezondheid en Zorg (PG&Z) heeft in zijn vergadering van 4 december 2015 de directeur publieke gezondheid de opdracht gegeven met voorstellen te komen voor de borging van de publieke gezondheid in de regio Groningen. Deze opdracht is als volgt verwoord:

- a) beschrijf een aantal concrete scenario's voor het borgen van de publieke gezondheid (PG) in de provincie Groningen, mede in relatie tot de ontwikkelingen in het sociaal domein;
- b) breng in kaart wat in deze scenario's de organisatorische, financiële, materiële, inhoudelijke en personele gevolgen zijn voor zowel de gemeenten als de GGD;
- c) geef aan wat per scenario de noodzakelijke veranderingen zijn voor werkwijze en cultuur van de GGD;
- d) schets per scenario de meest wenselijke (organisatorische) positionering van de GGD (bij de gemeente Groningen blijven, bij de Veiligheidsregio of verder als zelfstandige dienst);
- e) leg de uitgewerkte scenario's met een advies ter besluitvorming voor aan het Algemeen Bestuur.

Een goede gezondheid draagt direct bij aan het persoonlijk welbevinden en de prestaties in alle aspecten van het leven. Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en voor werk. Andersom kunnen participatie en werk weer bijdragen aan gezondheid, zowel psychisch als fysiek. Ook draagt gezondheid bij aan schoolprestaties, openbare orde, sociaal welbevinden en leefbaarheid in het algemeen. Kortom, om burgers daadwerkelijk naar vermogen te laten 'meedoen' in de samenleving.

In het Dagelijks Bestuur van 29 januari 2016 is door de directeur toegezegd bij de uitwerking van de scenario's ook de structurele besparingsmogelijkheden in beeld te brengen. De focus voor de toekomstverkenning is gelegd op de periode 2017-2020.

Het eerste halfjaar van 2016 is benut om deze opdracht gefaseerd uit te werken. Gestart is met een beschrijvende analyse, waarna een viertal scenario's is opgesteld. In mei zijn twee scenario's verder uitgewerkt. In de bestuurlijke conferenties van 17 juni en 8 juli jl. is verder ingezoomd op deze uitwerkingen en is een nadere keuze bepaald. Het voorkeursscenario is beschreven in hoofdstuk 5.

Definitieve keuzes moeten voor 1-1-2017 zijn gemaakt, om deze om te kunnen zetten in concreet beleid (o.a. gemeentelijke begrotingen). Verder zal 2017 worden benut om de voorbereidingen voor de beoogde implementatie van het gekozen scenario in gang te zetten, zodat begin 2018 de uitvoering van het domein publiek gezondheid nieuwe stijl van start kan.

Hoofdstuk 2 Verkenning van het domein Publieke Gezondheid

a. Landelijk kader

“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 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”. Zo begint de Kamerbrief van VWS (augustus 2015) over ‘Betrouwbare publieke gezondheid’.

De rijksoverheid is stelselverantwoordelijk voor het domein publieke gezondheid. Elke vier jaar brengen minister en staatssecretaris van VWS een landelijke Nota Gezondheidsbeleid uit. De nota voor de periode 2016-2019 is recent verschenen (brief 4 december 2015, gericht aan de Tweede Kamer). Deze begint met de constatering dat het de goede kant opgaat met de gezondheid in Nederland, welk oordeel mede gebaseerd is op de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM (2014).

Enkele statements uit deze landelijke Nota Gezondheidsbeleid:

- Er is een omslag gaande naar meer aandacht voor preventie en gezondheid in plaats van ziekte, zorg en afhankelijkheid
- Belangrijke doelen zijn het op peil houden van de gezondheidsbescherming, het terugbrengen van gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleiden en een prominentere plek voor preventie, zowel wat betreft het bevorderen van gezondheid als het voorkomen van chronische ziekten.
- De meeste winst is nog steeds te behalen op de het terugdringen van roken, overmatig alcoholgebruik, ernstig overgewicht, depressie en diabetes.
- Met het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid wil het kabinet de positie van de GGD'en versterken. Dit programma heeft mede ten doel de verbinding te leggen tussen de publieke gezondheid en het sociaal domein. Een meer integrale benadering van de doelstellingen uit de domeinen Jeugdwet, WMO 2015, Wet Passend Onderwijs en de Wet Publieke Gezondheid wordt wenselijk geacht.

In de brief van 24 maart 2016 van Minister en Staatssecretaris aan de Tweede Kamer over het Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid (PG) wordt onder meer aangegeven dat de overheid de relatie tussen de publieke gezondheid en het sociaal domein wil versterken. Ook wordt benoemd dat er zorgen zijn over de capaciteit van de afdelingen infectieziektenbestrijding en medische milieukunde.

b. Domein Publieke Gezondheid

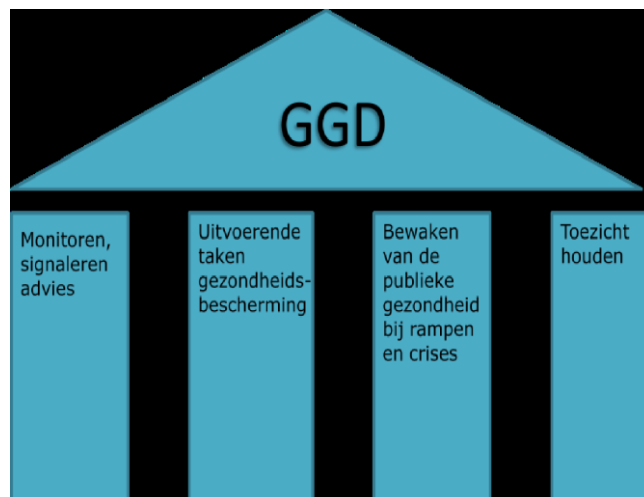
Publieke gezondheidszorg kan gekarakteriseerd worden als zorg die collectief door de overheid wordt georganiseerd, actief en deels ongevraagd wordt aangeboden en een sterk accent legt op preventie. Het gaat in de kern om bescherming en bevordering van de gezondheid van de Nederlandse bevolking, uitgewerkt in ca. 15 taakvelden, variërend van infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg tot forensische geneeskunde.

Taken en verantwoordelijkheden op dit gebied zijn in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en Besluit Publieke Gezondheid vastgelegd. De WPG bepaalt onder meer dat elke regio een Gemeentelijke

Gezondheids Dienst (GGD) dient te hebben, welke dienst een aantal verplichte taken uitvoert. Met de WPG voldoet Nederland aan de internationale normen op het gebied van publieke gezondheid, bepaald door de WHO. De GGD valt onder de regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg (o.m. Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet BIG, Wet Klachten en Kwaliteit Gezondheidszorg) en valt daarmee onder het domein van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ).

Voor een goede borging van de publieke gezondheid is het belangrijk dat duidelijk is wat minimaal van GGD'en wordt verwacht om de publieke gezondheid op uniforme wijze te borgen. Vier taken zijn voor het fundament van de publieke gezondheid van essentieel belang:

- monitoren/signaleren en advies
- gezondheidsbescherming
- bewaken publieke gezondheid bij rampen en crises
- toezicht houden



Ze vragen gespecialiseerde deskundigheid met een hoge mate van continuïteit en duidelijke aanspreekpunten (zowel voor de lokale als de landelijke overheid).

Deze taken zijn om die reden wettelijk bij de GGD belegd en vormen de vier 'pijlers' onder elke GGD (zie schema hiernaast). Rijk en gemeenten moeten, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, de kwaliteit van deze pijlers gezamenlijk verankeren.

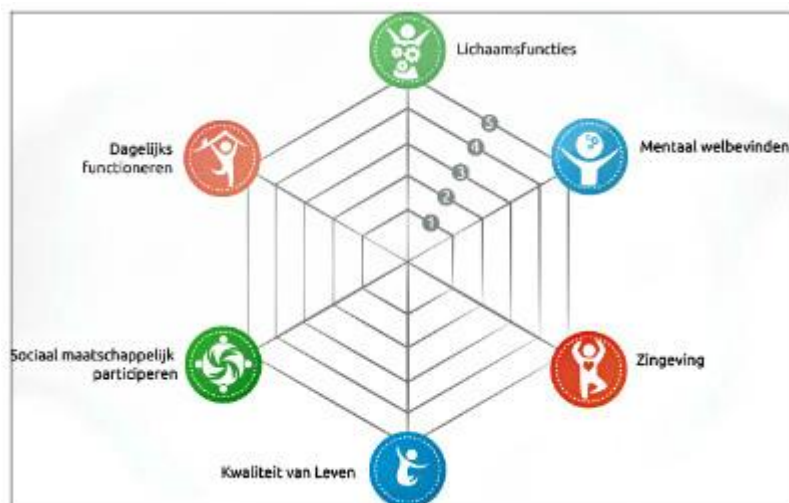
In de Wet veiligheidsregio's (2010) is de rol van de GGD op het gebied van Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) geregeld. De regio-indeling voor de GGD'en en de Veiligheidsregio zijn congruent.

De heroriëntatie op gezondheid, zorg en ondersteuning betekent voor de publieke gezondheid een ander vertrekpunt. Niet meer het fysieke en psychische welbevinden staat centraal (de oude WHO-definitie) maar het vermogen dat iemand heeft om zich aan te passen en zelf regie te hebben in zijn of haar leven¹. Dit nieuwe concept wordt '**positieve gezondheid**' genoemd en focust op hoe mensen in het dagelijks leven functioneren en met hun eventuele ziekte of gebrek omgaan en sluit naadloos aan bij de huidige ontwikkelingen in de zorg waarbij steeds meer nadruk gelegd wordt op eigen kracht en zelfredzaamheid van burgers. Dit vraagt om een integrale aanpak, waarin ook aspecten als participatie, zingeving, armoede en eenzaamheid een rol spelen. Een aanpak die in lijn is met de ontwikkelingen binnen het sociaal domein.

In onderstaand schema zijn de onderscheiden aspecten van het begrip positieve gezondheid in de vorm van een spinnenweb uitgebeeld.

1

Positieve gezondheid wordt gedefinieerd als het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. In dit concept ligt de nadruk op eigen kracht en mogelijkheden van het individu (Huber, 2012).



c. Staat van GGD Groningen

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst Groningen is een intergemeentelijk samenwerkingsverband, ingebed in de Gemeenschappelijke Regeling Publieke Gezondheid en Zorg (GR PG&Z). In het kader van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen is GGD Groningen een zogenaamd openbaar lichaam (vorm van rechtspersoonlijkheid). De GR wordt bestuurd door het Algemeen Bestuur, waarin van elke Groninger gemeente een collegelid is vertegenwoordigd. Het Dagelijks Bestuur wordt gevormd door acht wethouders, afkomstig uit de acht clusters van gemeenten. Binnen het DB is er een portefeuillehouder publieke gezondheid die als eerste aanspreekpunt voor de DPG dient.

De GGD wordt geleid door de Directeur Publieke Gezondheid (DPG), die verantwoording is verschuldigd aan het bestuur van de Gemeenschappelijke Regeling PG&Z en voor wat betreft de GHOR aan de GR Veiligheidsregio. De DPG heeft een in de wet verankerde verantwoordelijkheid richting beide besturen.

GGD Groningen heeft in 2016 een personele begroting van ca. 340 formatieplaatsen en telt ruim 450 medewerkers. Het personeel van GGD Groningen is rechtspositioneel ondergebracht bij de gemeente Groningen. Het grootste deel van de inkomsten (ca. 26 miljoen euro) komt via de begroting van de GR binnen, het andere deel via bijdragen van de afzonderlijke gemeenten voor specifieke taken (ca. 10 miljoen euro). Daarnaast worden baten verkregen uit landelijke fondsen voor specifieke doelen; de COA is op dit moment een betekenisvolle financier m.b.t. de zorg voor vluchtelingen (ca. 2 miljoen euro). De exploitatie van de GGD is in evenwicht; de afgelopen jaren zijn steeds met een licht positief saldo afgesloten. In de periode 2010-2014 vond een bezuiniging van circa 1,9 miljoen euro plaats, waarbij ook taken zijn geschrapt.

Bijlage 1 (Productenoverzicht) geeft een overzicht van de huidige taakvelden van GGD Groningen.

De (nieuwe) Gemeenschappelijke Regeling Publieke Gezondheid & Zorg is per januari 2014 in werking getreden. De regeling is vooral bedoeld om de taken Publieke Gezondheid en de gezamenlijke instandhouding van de GGD te regelen. Daarnaast is er de mogelijkheid geboden om andere dan gezondheidstaken bij de regeling onder te brengen. Dit is bijvoorbeeld gebeurd met de RIGG. De Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten is door de 23 colleges bij de start in 2015 ondergebracht bij deze GR, terwijl de inhoudelijke activiteiten (waaronder inkoop jeugdhulp en ondersteuning van de transformatie van de jeugdhulp) onder verantwoordelijkheid van de 23 individuele gemeenten blijft, waarbij het DB gemandateerd is door de 23 colleges om hierin een voortrekkersrol te vervullen.

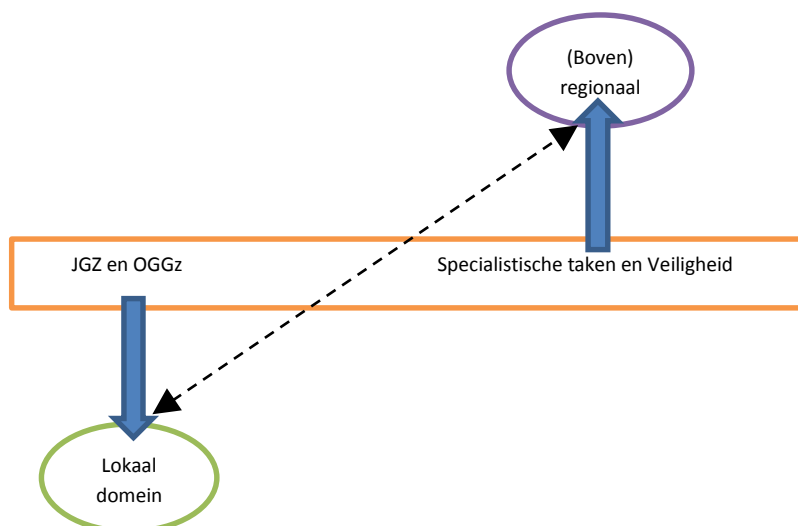
GGD Groningen kent op dit moment een platte organisatiestructuur (12 afdelingsmanagers direct ressorterend onder de DPG; de managers geven leiding aan ruim 20 teams). Het segment JGZ is met ca. 50 spreekuurlocaties en ca. 300 medewerkers de grootste poot van de GGD. De teams Technische Hygiëne Inspectie, Medische Milieukunde, Infectieziektenbestrijding, Forensische geneeskunde, Seksuele gezondheid (SOA/Sense), Tuberculosebestrijding, GHOR en Reizigersadvisering vormen met elkaar de specialistische tak van de GGD met ruim 70 medewerkers.

Daarnaast is er een afdeling Advies en Beleid (epidemiologie, beleid en gezondheidsbevordering), het Servicecentrum (afsprakenbureau en publiekstelefoonlijnen), de inhoudelijke staf JGZ en een klein bedrijfsbureau. Binnen de GGD vraagt de publieke gezondheid voor asielzoekers (PGA) door de in 2015 toegenomen instroom de aandacht. Begin 2016 is een apart team JGZ/PGA opgericht, om de slagvaardigheid en kwaliteit op dit gebied te vergroten.

Hoewel het takenpakket van GGD Groningen de afgelopen jaren geen grote veranderingen heeft ondergaan (uitgezonderd de in 2015 toegevoegde taak Toegang jeugdhulp met ca. 60 medewerkers), is het krachtenveld waarin de GGD zijn taken uitoefent volop in beweging. In het sociale domein vormt de decentralisatie van een aantal substantiële taken naar de gemeenten een markante verandering. Gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor de jeugdhulp, de WMO nieuwe stijl, de Participatiewet (werk en inkomen) en hebben ook meer verantwoordelijkheden richting het onderwijs gekregen. Deze veranderingen raken primair aan de JGZ en de OGGz c.q. de PG-taken die vooral op lokaal niveau worden uitgevoerd.

Voor de specialistische taken (medische milieukunde, infectieziekten- en tuberculosebestrijding, seksuele gezondheid) zien we een juist een beweging naar bovenregionaal niveau; deze taken vergen toenemend een groter bevolkingsdraagvlak om ze op niveau te kunnen blijven uitoefenen.

In onderstaand schema zijn de verschillende 'trekrichtingen' verbeeld.



d. Sterkte/zwakte analyse

Als het gaat om een kwalitatieve beoordeling van de publieke gezondheid in de regio Groningen, valt op basis van externe vergelijking te stellen dat het gros van de taken die bij de GGD zijn belegd naar behoren wordt uitgevoerd. Voor vrijwel alle taken gelden landelijke normen waaraan als regel wordt voldaan. Voor een aantal taken zijn we landelijk positief in beeld vanwege onze goede prestaties (bijv. medische milieukunde, tuberculose- en infectieziektenbestrijding).

GGD Groningen wordt door veel stakeholders beschouwd als een solide merk, maar met een wat 'stoffig' imago. Het takenpakket van de GGD, dat sinds zijn oprichting in 1919 steeds is geëvolueerd, is op onderdelen niet erg zichtbaar voor het grote publiek. GGD'en hebben een aantal beschikbaarheidstaken die vaak volgens landelijke richtlijnen worden uitgevoerd. Deze wat aanbodgerichte basishouding kenmerkt veel GGD'en en kan zowel positief (beschikbaar, deskundig) als kritisch (wat statisch, niet steeds in verbinding met gemeenten en burgers) worden gewaardeerd. Een meer proactieve insteek waarin nadrukkelijker verbinding met burgers, gemeenten en andere aanbieders wordt gezocht is inmiddels in gang gezet.

De GGD is een gezamenlijke 'onderneming' van de Groninger gemeenten, maar wordt door deze gemeenten niet als 'van henzelf' ervaren. Ambtelijk wordt benoemd dat dit te maken heeft met de GR-constructie, die de GGD op zekere afstand van de individuele gemeenten plaatst. Ook wordt uitgesproken dat de GGD de neiging heeft (gehad) in een aantal opzichten zijn eigen gang te gaan en niet steeds optimaal af te stemmen op de wensen van de individuele gemeenten en actief aan te sluiten bij de ontwikkelingen die de gemeenten hebben ingezet. Waar wel wordt 'meebewogen' is er regelmatig sprake van een spanningsveld tussen eisen die landelijk aan de uitvoering van de GGD-taken worden gesteld en de ontwikkelingsrichting die afzonderlijke gemeenten voor ogen hebben. Zo nu en dan leidt dat tot spanning in de lokale teams (JGZ, OGGZ, toegang jeugd) en komen medewerkers soms in een lastig parket. Wat meespeelt is dat de lokale vormgeving van CJG- en/of sociale teams bepaald nog niet is uitgekristalliseerd.

De gezondheidsbeschermings- en crisistaken van de GGD (m.n. medische milieukunde, infectieziekten- en tuberculosebestrijding, seksuele gezondheid en GGD als crisisdienst) opereren vooral op (boven-)regionaal niveau. Deze taken zijn volgens de gemeenten goed geborgd (bestuurlijke conferentie 11 september 2015).

GGD Groningen heeft door zijn combinatie van specialistische en JGZ-taken de schaal om bij een uitbraak van een heftige infectieziekte grootscheeps inentingen uit te voeren (GGD als 'het witte leger').

De inbedding van de GGD binnen de gemeente Groningen maakt dat er relatief veel focus is op deze stad (waar veel gebeurt). De GGD is als gemeentelijke dienst 'onderhevig' aan de bewegingen in het apparaat van de stad. Niet altijd is dit apparaat ingesteld op de specifieke kenmerken en vragen van de GGD als regionale dienst (de GGD wordt door veel ambtenaren van de gemeente Groningen ervaren als 'vreemde eend in de bijt'). De medewerkers van de GGD voelen zich primair GGD'er en secundair ambtenaar van de stad.

Hoofdstuk 3 Omgevingsanalyse

In de voorgaande paragrafen is het een en ander gezegd over ontwikkelingen in de publieke gezondheid en aangrenzende domeinen. In dit hoofdstuk kijken we naar (externe) ontwikkelingen die voor de publieke gezondheid in Groningen van betekenis zijn.

a. Gemeentelijke schaal en herindeling

De regio Groningen kent een specifieke gemeentelijke samenstelling: naast de stad Groningen (met inmiddels meer dan 200.000 inwoners en flinke groei in het vooruitzicht) zijn er 22 gemeenten die gemiddeld 18.000 inwoners tellen (de grootste met 38.000 inwoners) en waarvan een flink deel te kampen heeft met krimp. In geen enkele andere provincie is het schaalverschil tussen de stad en omliggende gemeenten zo groot. Daarbij is sprake van vergrijzing in het Ommeland terwijl de stad juist een relatief jonge bevolking kent. Parallel daaraan concentreert de werkgelegenheid zich steeds meer in de stad en nemen de inkomensverschillen tussen Stad en Ommelander gemeenten eerder toe dan af. De aardbevingsproblematiek geeft daarbij extra problemen in de 12 noordoostelijke gemeenten die binnen de zgn. contouren grenzen vallen.

Sinds enkele jaren wordt gewerkt aan een gemeentelijke herindeling, die nog niet volledig is uitgekristalliseerd en vanaf 2018 tot bestuurlijke schaalvergroting zal leiden.

In brede zin wordt onderkend dat een grotere bestuurlijke schaal (dan de gemiddelde omvang van de huidige Ommelander gemeenten) nodig is om de gemeentelijke verantwoordelijkheden richting de burgers ook op termijn adequaat waar te kunnen maken. Sinds enkele jaren wordt binnen een zevental clusters van gemeenten (naast de Stad) samengewerkt; het merendeel van deze clusters telt rond de 50.000 inwoners. Voor het brede sociale domein (waaronder ook de PG-taken JGZ en OGGZ) wordt in de gevormde clusters voor nauwere samenwerking gekozen. Een grotere gemeentelijke schaal maakt het mogelijk meer taken in eigen regie te organiseren. Maar ook na de herindeling zal er nog bovengemeentelijk moeten worden samengewerkt binnen het sociaal domein.

Alleen de gemeente Groningen zou door zijn omvang het brede sociaal domein grotendeels in eigen regie vorm kunnen geven; ook voor deze gemeente geldt evenwel dat een aantal taken een groter schaalniveau vereist. Los daarvan blijft het Ommeland voor een aantal zaken op de Stad aangewezen. Bestuurlijke vraag is in welke mate de gemeente Groningen zich medeverantwoordelijk wil blijven voelen voor het Ommeland.

b. Samenhang in het sociaal domein

De publieke gezondheid is te beschouwen als een op zichzelf staand domein, maar is ook een onderdeel van het brede sociaal domein. Een korte beschouwing over dit thema:

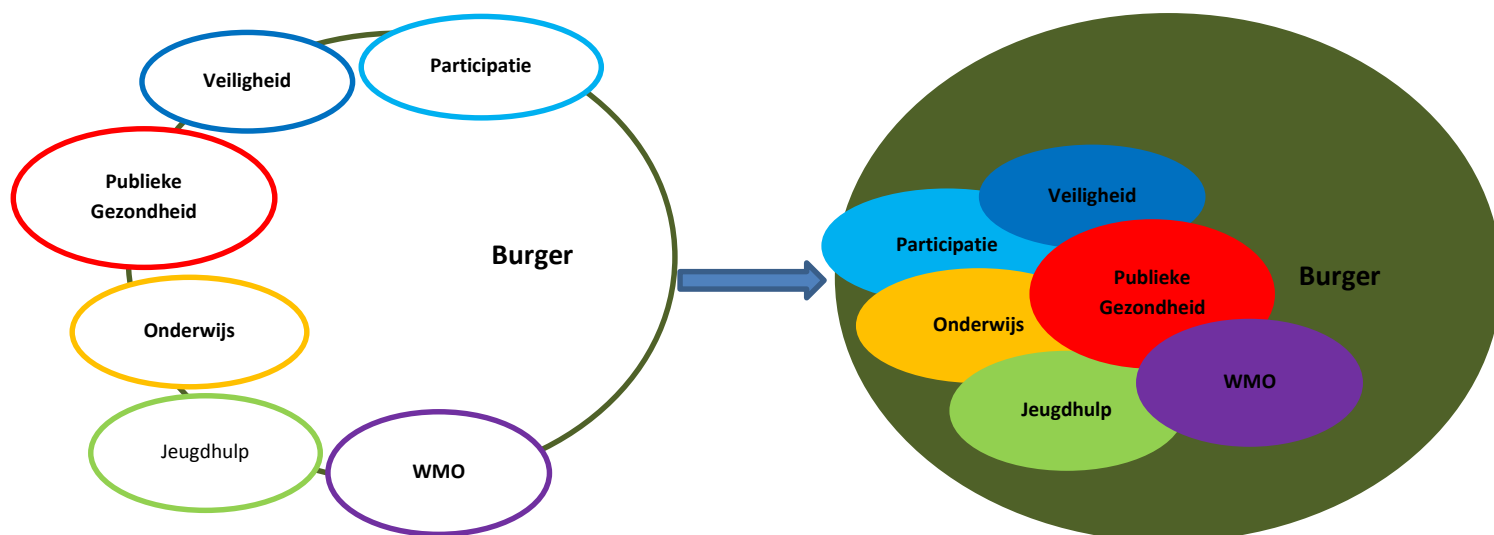
Kerntaak van de publieke gezondheid is preventie (breed te omschrijven als het streven naar leven in gezondheid). Op dit gebied is sprake van de zogenaamde 'preventieparadox'; preventie kost de nodige inspanningen en middelen, maar de opbrengst ervan is niet direct zichtbaar of meetbaar. Dat fenomeen leidt ertoe dat inspanningen op dat gebied niet erg in het oog lopen en snel als 'normaal' worden beschouwd. We doen het in Nederland op dit gebied relatief goed (gemeten aan parameters als bijvoorbeeld zuigelingensterfte, schooluitval, gemiddelde levensverwachting). Het is lastig een volgend streefniveau te halen; dat is bijvoorbeeld te zien bij het terugdringen van roken en alcoholgebruik.

Het sociaal domein definiëren we hier als alle organisaties, diensten en voorzieningen samen die mensen ondersteunen, de leefbaarheid vergroten en de participatie bevorderen. In die zin zou de publieke gezondheid als onderdeel van het sociaal domein gezien kunnen worden, al dan niet gedeeltelijk (ZonMW).

Gezondheid hangt zoals bekend nauw samen met het welvaarts- en opleidingsniveau (sociaaleconomische status). Preventie kent in termen van het voorkomen van ziekte zijn grenzen; er zijn samenhangende inspanningen vereist om tot 'beter leven' te komen: terugdringing van armoede en werkloosheid, verhoging van het opleidingsniveau, meer bewegen, minder vet en zoet eten en - meer in het algemeen - het stimuleren van een gezonde leefstijl, waarbij ook thema's als zingeving, betekenisvolle relaties en sociale inbedding een rol spelen. Het zijn dezelfde factoren die ook maken of bijvoorbeeld kinderen thuis veilig en beschermd kunnen opgroeien, gestimuleerd worden aan sport deel te nemen, gezond te eten en mee te doen met verenigingen. Dezelfde set van omgevingsfactoren bepaalt of (minder zelfredzame) volwassenen zich autonoom staande kunnen houden, opgewassen zijn tegen de uitdagingen van het moderne leven, niet in ongezond gedrag vervallen en een gepast beroep doen op ondersteunende voorzieningen. In die zin raken alle onderdelen van het brede sociaal domein elkaar en gaat het in de kern om dezelfde doelen en inspanningen. Het zou wel eens kunnen zijn dat echte vooruitgang op het gebied van gezondheid in engere zin steeds meer zal afhangen van vorderingen op de domeinen onderwijs, inkomen, participatie en veiligheid. Dit zijn de domeinen die (al dan niet volledig) sinds 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen. Kortom, steviger dwarsverbanden op deze domeinen zijn van toenemend belang en behoeven nadere inkleuring in een samenhangend gemeentelijk (preventief) beleid voor het brede sociale domein (zie ook de recente Nota Gezondheidsbeleid van VWS). De burger zal daarin meer dan voorheen betrokken moeten worden.

De noodzaak voor een integrale benadering geldt bij uitstek voor de regio Groningen, die wordt gekenmerkt door relatief grote sociale achterstanden. Daarbij moet in aanmerking worden genomen dat lang niet alle genoemde aspecten gemakkelijk beïnvloedbaar zijn (werkgelegenheid en gemiddeld inkomen zijn in dat opzicht mogelijk de moeilijkst te beïnvloeden fenomenen).

Onderstaande figuur verbeeldt de beweging naar groeiende samenhang van de diverse onderdelen van het brede sociaal domein (waarbij de plaats van de afzonderlijke bollen/domeinen willekeurig is gekozen).



c. Jeugdgezondheidszorg

Een substantieel onderdeel van de publieke gezondheid is de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het gaat om een taakveld dat een lange traditie kent in Nederland en van bijzondere betekenis moet worden geacht. Door vroegtijdige en regelmatige controle van zuigelingen, peuter, kleuters en

schoolkinderen (tot 18 jaar) wordt zowel somatisch als pedagogisch een belangrijke bijdrage geleverd aan de gezondheid van kinderen. De JGZ heeft in de regio Groningen een case load van ruim 110.000 kinderen, met een bereik van ca. 96% van de populatie.

De JGZ is een voorliggende voorziening in het sociale domein. Het gaat om de preventieve functie voor alle kinderen, waarbij ook veel ouders worden gezien (de JGZ ziet daarmee ruim een derde van de bevolking van de hele regio!). Naast de preventieve taak die de JGZ uitoefent, heeft zij een signalerende en verwijzende functie naar de meer gespecialiseerde zorg. Waar in toenemende mate wordt gestreefd naar 'eigen kracht' en opvang op lokaal niveau heeft de JGZ een belangrijke functie in het welslagen van de breed onderschreven doelen van de decentralisatie c.q. transformatie.

In brede zin hebben lokale bestuurders de behoefte om meer invloed uit te oefenen op de lokale inbedding en aansluiting van de JGZ. Aangezien JGZ onder gemeentelijke verantwoordelijkheid valt is het denkbaar dat gemeenten deze taak in eigen beheer willen uitvoeren; in dat geval kunnen zij maximale invloed hebben op beleid, aansturing en uitvoering van deze kerntaak. Tot dusver is er landelijk vrijwel geen enkele gemeente die ervoor kiest de uitvoering van JGZ-taken in eigen beheer te doen. Indien een gemeente daarvoor wel kiest wordt zij zorginstelling en daarmee praktisch, professioneel en juridisch verantwoordelijk voor alle uitvoeringskwesaties. In die voortzetting vervaagt ook het onderscheid tussen beleid, aansturing en uitvoering.

Waar de JGZ-taak 0-4 jaar in het recente verleden vaak door particuliere zorgorganisaties werd uitgevoerd (in Groningen tot 2009 het geval), verschuift landelijk de uitvoeringsverantwoordelijkheid van deze taak in toenemende mate naar de GGD. Gemeenten hebben in die constructie beleidsmatig invloed op de uitvoering en inbedding van de JGZ, maar houden de uitvoering bewust op afstand.

d. Beschermingstaken

Een deel van de taken die tot het domein PG behoren bevinden zich in de pijler 'bescherming': infectieziektenbestrijding, tuberculosebestrijding, reizigersadviesing, technische hygiënezorg kinderdagopvang, medische milieukunde. Maar ook de rampenbestrijding (GHOR, crisistaak GGD), in zekere zin ook de forensische geneeskunde (arrestantenzorg, lijkschouw) en SOA/Sense (seksuele gezondheidsbevordering) vallen onder deze vlag. Het zijn de in 'koude situaties' wat onzichtbare beschikbaarheidstaken die hoe dan ook geborgd moeten zijn. Het betreft de taken die grenzen aan de kerntaak van de Veiligheidsregio (de burgers die in de provincie Groningen wonen, werken of verblijven beschermen tegen risico's en rampen), waarbij continue paraatheid van essentiële betekenis is en regelmatig oefenen van belang is om de bestrijdingsvaardigheden te behouden.

Zoals eerder aangegeven zien we voor de beschermingstaken een min of meer autonome beweging naar bovenregionale c.q. noordelijke samenwerking; voor deze beschikbaarheidsfuncties (die 7 x 24 uur bereikbaarheid vereisen) wordt het steeds lastiger de expertise/routine en inzetbaarheid op provinciale schaal te borgen, aangezien de provinciale schaal vaak te klein om voldoende specialisten in huis te hebben en de 7 x 24 uren bereikbaarheid te garanderen.

Tegelijk is het vrijwel ondoenlijk deze taken op noordelijk niveau te organiseren aangezien de WPG voorschrijft dat dit op GGD-niveau moet gebeuren; een groter construct staat op gespannen voet met de wet en zou ook tot problemen in de democratische legitimatie leiden (een GR op noordelijk niveau, bestuurd door ca. 60 gemeenten). Alternatief is om deze specifieke taken in de vorm van samenwerking op contractuele basis te borgen, waarbij de governance geborgd moet zijn en gewaakt

moet worden voor meerkosten (BTW). Op noordelijk niveau zijn de drie GGD'en hierover steeds in gesprek en zijn inmiddels de nodige dwarsverbanden gelegd.

Nieuwe taak van de GGD is het behartigen van het gezondheidsbelang dat in de nieuwe Omgevingswet is verwoord. Deze wet is per 1-1-2018 van kracht en wordt gefaseerd ingevoerd. "Gezondheid" moet vanaf het begin worden meegenomen in de integrale afweging tussen alle belangen die spelen om een goede fysieke leefomgeving te realiseren in de op te stellen omgevingsvisie en het omgevingsplan. Gemeenten hebben een grotere rol gekregen in het realiseren van een gezonde leefomgeving. Bij de voorbereiding op de plannen is betrokkenheid van de GGD van belang.

e. Samenhang met de veiligheidsketen

De publieke gezondheid heeft een nauwe verbinding met het veiligheidsdomein. De GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) is een wettelijk verankerde taak van de GGD; het doel is coördinatie van de 'witte kolom' in de veiligheidsketen. Onderdeel daarvan is de Psychosociale Hulp bij Rampen (PSH). Maar ook de preventieve openbare gezondheidszorg van de GGD raakt nauw aan het veiligheidsdomein (infectieziektenbestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, betrokkenheid bij aardbevingen etc.). Sinds 2014 fungeert de Veiligheidsregio Groningen (VRG), waaronder de GHOR-taak bestuurlijk valt.

In de regio Groningen staat de Veiligheidsregio inmiddels stevig op zijn benen. De operationele en tactische samenwerking tussen GGD en VR is goed te noemen. Aangezien de huidige taakverdeling rond de GHOR tussen Veiligheidsregio en GGD fiscaal onder druk staat (BTW-heffing) wordt gewerkt aan een structurele oplossing hiervoor met ingang van 2017.

In veel regio's in het land zijn GGD en Veiligheidsregio een nauwe samenwerking aangegaan. Soms blijven het twee organisaties, maar is huisvesting onder hetzelfde dak gezocht; in een aantal regio's wordt bedrijfsmatig nauw samengewerkt.

In enkele regio's is gekozen voor samenvoeging van GGD en Veiligheidsregio tot een geïntegreerde rechtspersoon; overweging in die gevallen is dat men samen een betere schaal heeft om bedrijfsmatige voordelen te behalen. GGD en VR houden in die constructie een eigen bestuurlijke aansturing (twee GR'en of twee commissies van 1 GR). Soms is ook de Regionale Ambulancedienst aan dit gezamenlijke construct toegevoegd. In de provincie Zeeland is deze constructie nog verder uitgebouwd; de dertien Zeeuwse gemeenten hebben ervoor gekozen een aantal belendende taken (Veilig Thuis, Veiligheidshuis, inkoop jeugdzorg en WMO) onder dezelfde noemer te brengen.

f. Governance

In enkele grote steden is (nog) sprake van een GGD die integraal onderdeel is van het gemeentelijk apparaat van de betreffende stad. Meestal oefent deze GGD ook de PG-taken uit voor de omliggende gemeenten. Hoewel ook in die situaties sprake is van een gemeenschappelijke regeling die de GGD bestuurt, is de invloed van de centrale stad meestal vrij dominant; hier en daar levert dat spanning op, zeker als de budgetten onder druk staan.

In de meeste regio's is de GGD een zelfstandige organisatie, met een dagelijks en algemeen bestuur. Deze zelfstandige positie leidt niet automatisch tot een betere verbinding met de afzonderlijke gemeenten; het 'GR-sentiment' is ook dan vaak aanwezig onder de individuele gemeenten.

Een aantal zelfstandige GGD'en heeft de afgelopen jaren, mede als gevolg van bezuinigingen en de ontwikkelingen in het sociaal domein, een beweging 'naar voren' ingezet, waarbij de relaties met de

individuele gemeenten (of subregio's) zijn aangehaald en men inzet op vernieuwing van de dienstverlening. Het aantal GGD'en dat daadwerkelijk is 'getransformeerd' is nog beperkt. In veel regio's is de positionering en doorontwikkeling van de GGD op dit moment onderwerp van bestuurlijk gesprek.

Hoofdstuk 4 Globale scenario's

a. Inleiding

Centrale vraag is hoe de publieke gezondheid in de regio Groningen voor de komende vijf jaar wordt vormgegeven. In de voorgaande hoofdstukken zijn de wettelijke kaders, de stand van zaken en sterkten/zwakten van GGD Groningen en de externe ontwikkelingen op hoofdlijnen geschetst. Kijken we opnieuw naar de bestuurlijke opdracht, dan is de vraagstelling als volgt te herformuleren:

Hoe geven we de publieke gezondheid voor de regio Groningen op een eigentijdse manier vorm die voldoet aan de volgende uitgangspunten:

- *Borging van de wettelijke beschermingstaken*
- *Optimale aansluiting bij de ontwikkeling in het sociale domein van de onderscheiden (clusters van) gemeenten*
- *Proactief, gericht op de vragen van burgers en gemeenten*
- *Effectief en efficiënt werkend*
- *Adequaat gepositioneerd, met optimaal draagvlak van de opdrachtgevers (de gemeenten).*

Conform de opdracht schetsen we tegen die achtergrond een aantal scenario's. Deze scenario's hebben primair het karakter van modellen die het denken scherpen. Om die reden kiezen we voor enkele contrasterende scenario's.

b. Uitgangspunten

Bij de opstelling van de scenario's hebben we enkele algemene uitgangspunten gehanteerd:

- **Klantgerichtheid**

De publieke gezondheid moet zich nadrukkelijker richten op de vraag van zijn klanten. Qua opdrachtgeverschap zijn dat voor de lokaal gerichte taken (JGZ, OGGZ) de (clusters van) gemeenten, in de uitvoering toenemend de burgers (wat willen ze, wat vragen ze, hoe benader je hen meer op maat?). Als het over de GGD gaat moet deze letterlijk en figuurlijk meer naar zijn klanten toe. 'Klant' is overigens te onderscheiden van 'opdrachtgever'; de gemeenten zijn ook opdrachtgever/eigenaar van de GGD. Andere opdrachtgevers zijn onder meer COA en RIVM.

- **Effectiviteit**

De publieke gezondheid moet - zeker voor zijn lokale taken - een doelgericht onderdeel zijn van het sociaal domein en aansluiten bij de vraag van gemeenten en burgers. Dit vraagt in haar dienstverlening om een integrale benadering, het opzoeken van parallelle belangen en ketensamenwerking.

Dit betekent niet alleen doen wat wettelijk moet, maar op lokaal en/of regionaal niveau ook zoeken naar interventies die bewezen bijdragen aan de te behalen doelstelling(en), bv. voor (nieuwe) risicogroepen.

- **Lokaal wat kan**

Uitgangspunt is dat iedere gemeente datgene op gemeentelijk niveau organiseert wat verantwoord is. De schaal van de gemeenten bepaalt daarbij wat 'in eigen kring' georganiseerd kan worden. Dit uitgangspunt zegt niet automatisch wat de uitkomst is. Zo kan een gemeente van 50.000 inwoners bijvoorbeeld de JGZ zelf gaan organiseren, maar is het de vraag of de stafmatige ondersteuning en beschikbaarheid in dat geval voldoende zijn geborgd. 'Organiseren' kan daarbij betrekking hebben op

beleidsmatig aansturen of ook in eigen beheer uitvoeren (de JGZ als onderdeel van het gemeentelijk apparaat). Kortom: 'lokaal wat kan' vergt steeds een nadere inhoudelijke en bestuurlijke afweging.

- Solidariteit waar het moet

Doet een gemeente taken in eigen beheer of wordt daarvoor in gezamenlijkheid de (financiële) last gedragen? Hier speelt ook de vraag in welke mate Stad en Ommeland gezamenlijk risico willen dragen.

Bij solidariteit gaat het om de vraag welke risico's een individuele gemeente wil nemen voor het uitoefenen van een onderscheiden PG-taak in geval opschaling van werkzaamheden aan de orde is. Voorbeeld: de komst van een AZC in een gemeente vergt veel extra inzet van mensen en middelen op het gebied van hygiëne, TBC-bestrijding, JGZ en OGGZ, zowel op het gebied van preventie als 'nazorg'. Worden de kosten van die extra inzet afgewenteld op die specifieke gemeente of gezamenlijk gedragen?

- Efficiency

De publieke gezondheid in de regio Groningen kan efficiënter worden georganiseerd. Het gaat hier om beter aansluiten bij de vraag van de gemeenten, een grotere focus op outcome en meer accent op uitvoering. Dat geldt voornamelijk voor de taken die al op lokaal niveau worden uitgevoerd, zoals JGZ en OGGZ.

Parallel aan de bezuinigingen waarmee vrijwel alle gemeenten worden geconfronteerd, zal de publieke gezondheid qua kostenbeslag moeten meebewegen, zonder in te boeten aan kwaliteit.

c. Korte samenvatting van de scenario's

We presenteren hierna een viertal scenario's. Het eerste scenario beschrijft een zo klein mogelijke GGD, in combinatie met maximale verantwoordelijkheid van de individuele gemeenten voor alle overige taken ('Romp'). Er wordt een tussenmodel gepresenteerd dat enkele grote taken zoals JGZ en OGGZ bij de individuele gemeenten legt en een relatief kleine GGD over laat ('Romp+').

Een derde variant gaat uit van een gekantelde c.q. getransformeerde GGD, die blijft doen wat ze nu grosso modo doet, maar optimaal afgestemd op de (clusters van) gemeenten c.q. met gedifferentieerd opdrachtgeverschap ('Getransformeerde GGD').

De vierde variant combineert keuzevrijheid van gemeenten (wat doe ik in eigen beheer, wat beleg ik bij het collectief?) met de insteek om op regionaal niveau een aantal overstijgende taken op het brede sociaal domein te clusteren ('Sociaal Medisch Dienstencentrum').

We benaderen de vier scenario's zowel vanuit de optiek van de (individuele) gemeenten als vanuit die van de GGD (beide invalshoeken zijn complementair maar zetten voor- en nadelen 'op scherp').

In alle scenario's wordt ook stilgestaan bij de vraag welke positionering c.q. governance het beste past. Eveneens wordt per scenario indicatief aangegeven welke efficiency-besparing mogelijk is. Het overzicht van de taken en daaraan gekoppelde budgetten en formatie is opgenomen in bijlage 2.

Een afzonderlijk thema zijn de **frictiekosten**, verband houdend met de te kiezen scenario's.

Bij grote organisatieveranderingen treden vaak frictiekosten op, doordat bestaande werkwijzen en organisatievormen worden veranderd of vervangen door iets nieuws. Daarnaast is veelal sprake van projectkosten, ten behoeve van de inrichting van de nieuwe of veranderde organisatie. De frictiekosten die bij de diverse scenario's zullen optreden zijn nog niet goed te ramen, want zijn afhankelijk van veel nog te maken keuzen, zowel voor de scenario's als zodanig, als in de wijze waarop ze zullen worden ingevuld.

Wel kan in deze fase een indicatie worden gegeven van de maximale omvang en de aard van de potentiële frictie.

Hiertoe biedt onderstaande opsomming informatie:

Bestaande organisatie:	34,25 mln.
Kleinste omvang (scenario Romp):	5,25 mln.

Maximaal moet de GGD dus haar kosten met 29 mln. euro terugbrengen. De overige varianten liggen qua omzet hier tussenin. Indicatief valt te stellen dat de frictiekosten groter zullen zijn naarmate voor een kleinere GGD wordt gekozen. Hierbij is van belang dat de kosten van de GGD voor circa tweederde deel uit personeel bestaat en dat de GGD voor PIJOFACH-taken wordt ondersteund door het Shared Service Center (SSC) van de gemeente Groningen, kosten ca. 4 mln. euro (opgenomen in de vermelde kostentotalen). De enige wijze om frictiekosten te beperken is om personeel grotendeels te herplaatsen, binnen of buiten de uitvoerende gemeente. Bij afvloeiing van personeel bedragen de lasten gauw enkele jaarlonen per medewerker, gegeven het Sociaal Statuut dat ontslag op korte termijn verbiedt gecombineerd met het eigen risico dragerschap WW van de gemeente Groningen.

De frictiekosten zullen in de uitwerking van de betreffende scenario's nader worden geraamd.

d. Verantwoordelijkheidsverdeling producten publieke gezondheid

In onderstaand schema zijn de producten publieke gezondheid weergegeven aan de hand van de pijlers VWS (bovenste lichtgroene rij blokken) met daaraan toegevoegd gezondheidsbevordering en externe opdrachten. De blauw gekleurde taken moeten wettelijk door de GGD uitgevoerd worden. De rode taken zijn taken die onder de verantwoordelijkheid vallen van de gemeente, de gele taken zijn op dit moment op verzoek van een aantal gemeenten belegd bij de GGD. Tenslotte in groen de taken die aan GGD zijn toe te voegen.

Signaleren, adviseren en monitoren	Uitvoerende taken Gezondheidsbescherming		Publieke Gezondheid bij Rampen en Crises	Toezicht houden	Gezondheidsbevordering	Externe opdrachten
Advies lokaal gezondheidsbeleid	Infectieziekten bestrijding (IZB)		GGD als crisisdienst	Technische hygiëne zorg kinderopvang		
Epidemiologie	Medische Milieukunde (MMK)					
	Tuberculose bestrijding (TBC)					
Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-18 jaar	Forensische zorg / arrestanten zorg (FOR)	Forensische zorg / Lijkschouw	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)	Technische Hygiëne Inspectie (THI) overig	Gezondheidsbevordering	Kans voor de Veenkoloniën
Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz)	Rijksvaccinatie programma (RVP)		Protocol Maatschappelijke Incidenten (PMI)	Omgevingswet	Pedagogische gezinsondersteuning	JOGG
Logopedie	Reizigersadvisering			WMO toezicht	Stevig Ouderschap	
Zorgcoördinatie Zorg voor Jeugd (ZVJ)	GGD Vangnet		
Toegang	Seksuele Gezondheid					
Publieke Gezondheid Asielzoekers (PGA)	Centrum voor Seksueel Geweld					
Ouderen gezondheidszorg					
Perinatale voorlichting en zorg						

- = Verantwoordelijkheid gemeente en wettelijk verplicht bij de GGD.
- = Verantwoordelijkheid van de gemeente, niet wettelijk verplicht bij de GGD.
- = Taken die de GGD nu niet heeft, maar wel zou kunnen uitvoeren.
- = Facultatief op verzoek van gemeente(n) bij de GGD ondergebracht

4.1 Scenario Romp

a. Beschrijving

In het scenario Romp voert de GGD alleen de wettelijke GGD-taken uit. De andere taken (inclusief bijbehorende ondersteuningstaken) worden uitgevoerd door de gemeenten zelf. Hoe de gemeenten dit willen organiseren is in dit scenario aan hen om te bepalen. De wettelijk verplichte taken van de GGD kenmerken zich veelal door een meer (boven-)regionaal georiënteerde samenwerking. De taken² die in het rompscenario bij de GGD blijven kunnen vanwege de specifieke (medische) expertise, moeilijk door anderen worden overgenomen. Ze zijn relatief stabiel, beleidsarm vanuit het perspectief van de gemeenten en worden veelal uitgevoerd conform landelijke richtlijnen.

b. Uitgangspunten

In dit scenario worden alle huidige taken van de GGD overgedragen naar de gemeenten behalve de taken die wettelijk verplicht door de GGD moeten worden uitgevoerd. De gemeenten blijven verantwoordelijk voor het instandhouden van de (sterk afgeslankte) GGD. Ten opzichte van de huidige situatie betekent het dat er maximaal invulling gegeven kan worden door de gemeenten aan het uitgangspunt '*lokaal wat lokaal kan*'. De gemeente(n) blijven solidair op de door de GGD verplicht uit te voeren wettelijke taken, maar niet meer voor de andere publieke gezondheidstaken (tenzij men dit onderling in een subregionaal samenwerkingsverband wil onderbrengen). De GGD blijft alleen verantwoordelijk voor de kwaliteit van haar taken.

c. Consequenties

Gemeenten krijgen de volledige verantwoordelijkheid (ook inspectie-taken, scholing e.d.) voor de taken die nu door de GGD uitgevoerd worden. Een GGD met alleen de wettelijke taken (verplicht uit te voeren door de GGD) heeft tot gevolg dat de overblijvende formatie (ca. 33 fte) van de GGD beperkt is. Door de afname van het volume is het bv. niet meer mogelijk bij crisis extra inzet te leveren. Als de gemeenten kiezen voor dit scenario is belangrijk dat gezamenlijk wordt vastgelegd hoe deze verplichte GGD-taken worden uitgevoerd. Daarmee wordt de doorontwikkeling van de producten van de GGD een onderdeel van het implementatieproces.

² Deze taken zijn in het bovenstaand overzicht blauw gearceerd

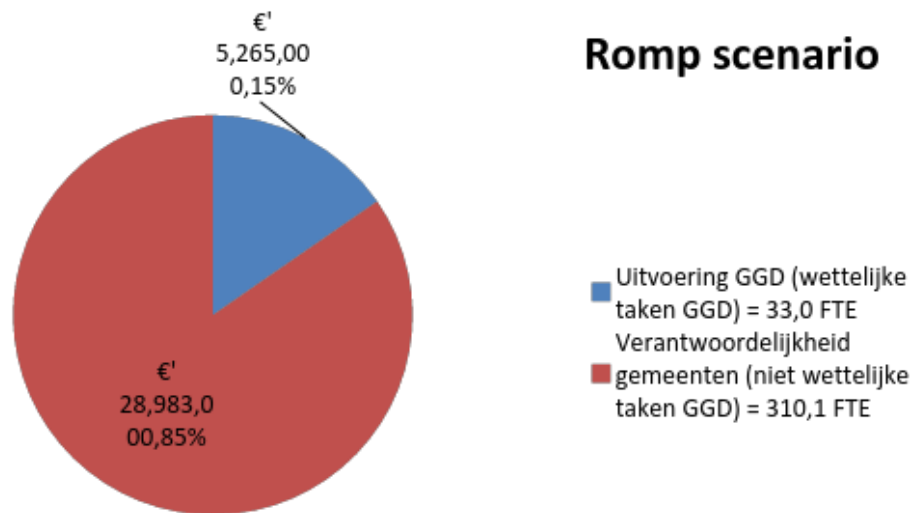
Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	<p>GGD doet 'vanzelfsprekende' taken</p> <p>Meer 'zelfregie' / zelforganisatie doordat gemeenschappelijke regeling deel zo klein mogelijk is</p> <p>Meer gemeentelijk of regionaal maatwerk mogelijk voor de niet gemeenschappelijke PG taken</p>	<p>Extra investering nodig voor GGD als crisis</p> <p>Versnippering Publieke Gezondheidstaken</p> <p>Minder of niet kunnen inspelen op extra vraag van gemeenten</p> <p>Gemeente is volledig verantwoordelijk (personeel, kwaliteit, verantwoording afleggen aan diverse inspecties e.d.) voor de niet gemeenschappelijke taken</p> <p>Alleen vangnetfunctie GGD voor infectieziektebestrijding</p> <p>Mogelijk meer diversiteit in uitvoeringsvarianten (vb. kind recht op gelijke zorg)</p>	<p>Focus op wettelijke taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eenduidigheid - Kwaliteit 	<p>Geen flexibiliteit vanwege verminderd volume</p> <p>Verbinding overige publieke gezondheidstaken valt weg</p> <p>Meer afspraken noodzakelijk i.v.m. brongegevens</p>
Personeels-technisch	Gerichter personeelsbeleid te voeren	<p>Voor de niet gemeenschappelijke taken wordt per gemeente de functieomvang minder groot</p> <p>HRM per gemeente</p> <p>Ondersteuningstaken voor de niet-GGD taken zelf vormgeven</p> <p>Ambtelijk apparaat wordt verdeeld over 23 gemeenten</p> <p>Kleine dienstverbanden met arbeidsrechtelijke organisatie voor de niet- wettelijke taken</p>	Overzichtelijker	<p>Omvang van GGD met 85% naar beneden</p> <p>Vaccinatieproces (GGD als crisisdienst) is moeilijker aan te sturen/vorm te geven</p> <p>In samenhang opgebouwde expertise wordt verdeeld over de gemeente</p>
Juridisch	Helder in verantwoordelijkheden	Mogelijk het ontstaan van nieuwe samenwerkingsconstructies voor de taken die niet bij de GGD belegd worden		
Financieel	Overzichtelijke financiering door heldere financieringsstromen	<p>Niet per definitie goedkopere aanbieders voor de niet-gemeenschappelijke taken</p> <p>Forse frictiekosten door afslanking GGD</p>		Minder speelruimte t.a.v. GGD taken
Bestuurlijk	Sturing is meer eenduidig, maar vereist veel expertise door complexiteit taken. Compact en slagvaardig	Gemeenten moeten zelf en onderling meer afspraken maken.	Bestuurlijke cyclus eenvoudiger	

De ingevulde tabel geeft geen objectieve waarheden weer en is ook niet uitputtend!

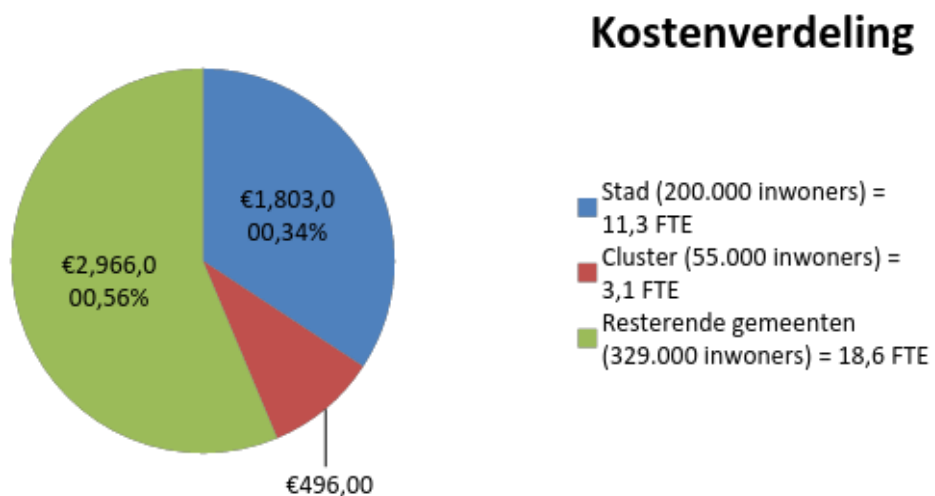
d. Omvang formatie en financiële kengetallen

In deze paragraaf wordt getoond wat het scenario Romp betekent. De omvang van wettelijke taken van de GGD is 15% van het geheel. 85% van de huidige publieke gezondheidstaken worden bij een scenario Romp door de gemeenten uitgevoerd. Tevens wordt aangegeven wat dit scenario betekent voor een (cluster)gemeente van 55.000 inwoners en een gemeente van 200.000 inwoners.

In onderstaand schema zijn de wettelijke taken van de GGD inzichtelijk gemaakt t.o.v. de huidige omvang van de taken die de GGD uitvoert. De formatieve omvang is zeer beperkt (ongeveer 33 fte).



In onderstaand schema wordt voor de stad en een fictief cluster van gemeenten inzichtelijk gemaakt wat de kostenverdeling is. Dit betekent dat voor de stad (200.000 inwoners) in formatieve zin er ca. 11 fte beschikbaar is en voor een cluster van gemeenten (van 55.000 inwoners) ca. 3 fte. De resterende gemeenten (ca. 329.000 inwoners) verdelen dan de resterende ca. 19 fte.



De gemeente en de GGD kijken zelf kritisch naar de financiële kaders waarbinnen de GGD haar taken uit kan voeren. Door de verschuiving van de grote hoeveelheid taken naar de gemeenten kunnen zij zelf vorm geven aan gewenste bezuinigingen. Een financiële taakstelling voor de overgebleven GGD-taken in het rompscenario is niet aan de orde als de gemeenten dezelfde kwaliteit willen behouden; eerder moet rekening gehouden worden met kostenverhoging doordat de overhead van de overblijvende GGD relatief zwaar zal drukken. Per saldo zou dit scenario (aanmerkelijk) duurder kunnen uitvallen dan in de huidige situatie aangezien alle schaalvoordelen te niet worden gedaan.

e. Governance

Gezien de omvang van de GGD in dit scenario (ca. 33 fte) is het niet opportuun om dit als zelfstandige organisatie vorm te geven. Dit heeft te maken met het feit dat alle ondersteunende taken voor een organisatie van deze omvang moeten worden gerealiseerd c.q. overeind gehouden moeten worden. De twee overige uitwerkingen, samengaan met Veiligheidsregio en binnen de gemeente Groningen blijven, blijven als optie over. Voordeel van de samenvoeging met de VR is dat er eenzelfde focus is (regionale beschermingstaken). Blijvende inbedding binnen de gemeente Groningen heeft als voordeel dat het GGD-personeel niet naar een andere organisatie overgeplaatst hoeft te worden en frictiekosten worden vermeden. In alle voortzettingen blijft er een GR nodig.

f. Doorontwikkeling

Het scenario Romp bestaat uit enkele (vanuit gemeentelijk perspectief gezien) beleidsarme producten. Wat betreft de uitvoerende taken zien we een ontwikkeling richting centralisatie: om de expertise te borgen is voldoende schaal (veelal bovenregionaal) nodig; dat kan in de vorm van verdergaande samenwerkingsafspraken met omliggende GGD'en. Daarbij zal er oog blijven voor nauwe contacten met de gemeenten. Voor de adviesfunctie is de ontwikkeling gericht op het beter ondersteunen van gemeenten (via accounthouders). Voor wat betreft epidemiologie geldt dat er nieuwe/andere manieren gevonden moeten worden om de benodigde data (brongegevens) te krijgen.

Wat betreft toezicht houden zien we het meer toetsen op inhoudelijke kwaliteit samengaan met het in staat stellen van instellingen om de kwaliteit zelf te bevorderen (visitatie).

De gemeenten moeten de doorontwikkeling van de taken die zij van de GGD hebben overgenomen zelf vormgeven (individueel of clusterwijs).

4.2 Scenario Romp+

a. Beschrijving

Het scenario Romp+ bevat naast de wettelijke GGD-taken, alle andere huidige taken van de GGD uitgezonderd de JGZ, OGGz en Toegang. Laatst genoemde taken (inclusief stafmatige ondersteuningstaken) worden overgeheveld naar de gemeenten. Hoe de gemeenten dit willen organiseren is aan hen individueel. De wettelijk verplichte taken die door de GGD worden uitgevoerd kenmerken zich veelal door een meer (boven-)regionaal georiënteerde samenwerking.

b. Uitgangspunten

In dit scenario worden de JGZ-, OGGz- en Toegangstaken (inclusief de stafmatige ondersteuning) overgedragen aan de afzonderlijke gemeenten. De gemeenten voorzien dat ze de JGZ, OGGz en Toegang, effectiever en efficiënter kunnen vormgeven.

Ten opzichte van de huidige situatie betekent dit scenario dat er meer invulling gegeven kan worden aan het uitgangspunt 'lokaal wat lokaal kan' voor de taakvelden JGZ, OGGz en Toegang. De gemeente(n) blijven solidair op de overblijvende publieke gezondheidstaken. De GGD blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van haar overgebleven taken. De gemeenten zijn voor de kwaliteit en ondersteuning van de taakvelden JGZ, OGGz en Toegang zelf verantwoordelijk. Gemeenten kunnen er voor kiezen deze taken met omliggende gemeenten in een gezamenlijk construct onder te brengen.

c. Consequenties

Door de taakvelden JGZ, OGGz en Toegang over te hevelen naar de gemeenten zal de huidige GGD in omvang ca. tweederde krimpen. Gemeenten krijgen de volledige aansturing en verantwoordelijkheid voor de taakvelden JGZ, OGGz en Toegang. In het schema hieronder zijn de consequenties thematisch uitgewerkt.

Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	Gemeenten meer zeggenschap over JGZ, Toegang en OGGz Mogelijk meer zeggenschap over uitvoering; meer gemeentelijk maatwerk	Mogelijk meer diversiteit in uitvoeringsvarianten met consequenties voor de burger (vb. kind recht op gelijke zorg Gemeenten is volledig verantwoordelijk (personeel, kwaliteit, verantwoording afleggen diverse inspecties e.d.) voor de JGZ- , Toegangs- en OGGz-taken Extra investering nodig voor GGD als crisis en extra vraag		Minder flexibiliteit vanwege verminderd volume Afstand resterende taken tot uitvoering/sociaal domein wordt groter Meer afspraken noodzakelijk i.v.m. brongegevens
Personeels-technisch	Gerichter personeelsbeleid te voeren binnen sociaal domein Ambtelijk apparaat in de stad wordt kleiner	Voor de JGZ, Toegang en OGGz wordt per gemeente de functieomvang minder groot Gemeenten moeten zelf medisch en verpleegkundig personeel in dienst nemen en op die markt concurreren Stafmatige ondersteuningstaken voor JGZ en OGGz zelf vorm te geven Ambtelijk apparaat per individuele gemeente wordt groter	HRM onderdeel JGZ en OGGz valt weg	Omvang van GGD met 2/3 naar beneden Vaccinatieproces (GGD als crisisdienst) is moeilijker aan te sturen/vorm te geven Specialistische expertise stroomt weg
Juridisch	Helder in verantwoordelijkheden (wie gaat waar over)	Volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor de juiste uitvoering van JGZ en OGGz als de gemeente uitvoerder is	GGD niet aansprakelijk voor JGZ en OGGz	
Financieel		Niet per definitie JGZ, Toegang en OGGz goedkoper te organiseren Frictiekosten door verschuiving van taken		Minder speelruimte t.a.v. de GGD-taken
Bestuurlijk		Verantwoordelijk voor juiste uitvoering JGZ, Toegang en OGGz		

De ingevulde tabel geeft geen objectieve waarheden weer en is ook niet uitputtend!

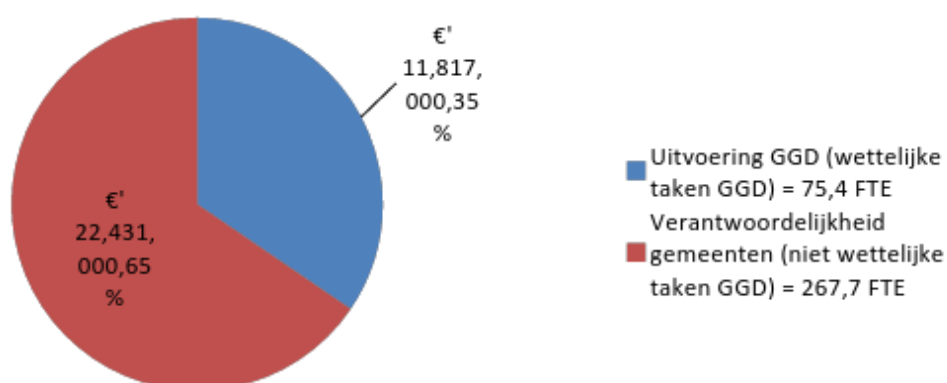
d. Omvang formatie en financiële kengetallen

In deze paragraaf wordt getoond wat het scenario Romp+ betekent.

De omvang van taken die de GGD uitvoert is 34% van het geheel. 66% van de huidige publieke gezondheidstaken worden bij een scenario Romp+ door de gemeenten uitgevoerd. Tevens wordt aangegeven wat dit scenario betekent voor een fictieve (cluster)gemeente van 55.000 inwoners en de stad.

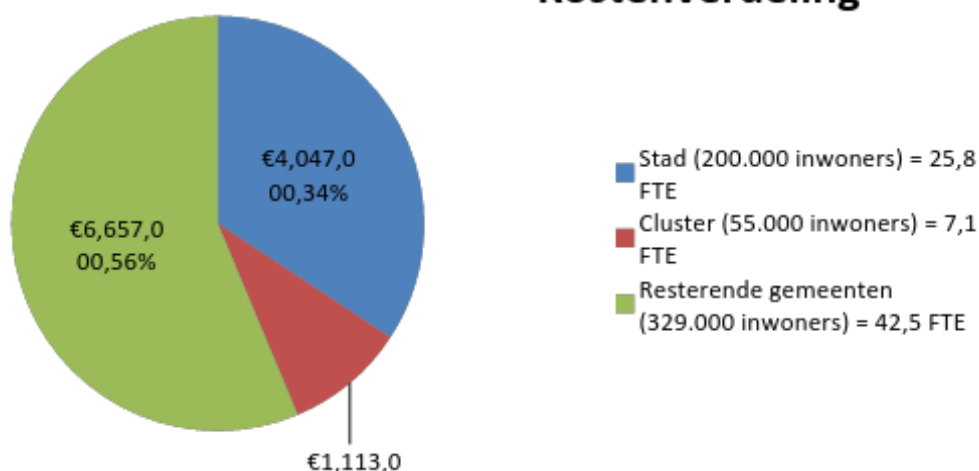
In het onderstaand schema zijn de taken van de GGD exclusief de JGZ, OGGz en Toegang inzichtelijk gemaakt t.o.v. de huidige omvang van de taken die de GGD uitvoert. De formatieve omvang van de GGD in dit scenario is beperkt, ca. 75 fte.

Romp+ scenario



In het volgende schema wordt voor Stad en een cluster de kostenverdeling inzichtelijk gemaakt voor de taken van de GGD zonder de JGZ, OGGz en Toegang (34%). Dit betekent dat voor de stad (200.000 inwoners) in formatieve zin er ca. 26 fte beschikbaar is en voor een cluster (55.000 inwoners) ca. 7 fte. De resterende gemeenten (329.000 inwoners) verdelen dan de resterende ca. 42 fte. De GGD heeft een omvang van ca. 75 fte.

Kostenverdeling



Door de verschuiving van enkele grote taken naar de gemeenten kunnen zij zelf vorm geven aan een eventuele bezuiniging. Besparing op de overgebleven GGD-taken in het scenario Romp+ zullen nauwelijks mogelijk zijn als de gemeenten dezelfde kwaliteit willen behouden. De kleine schaal van de overblijvende GGD (die maakt dat de overhead relatief zwaar zal drukken) laat feitelijk geen financiële speelruimte over (of er moeten taken worden afgestoten).

Op een termijn van enkele jaren is mogelijk efficiencywinst te boeken door verdergaande afspraken met omliggende GGD'en.

e. Governance

Gezien de geringe omvang van de GGD in dit scenario (ca. 75 fte) ligt het niet voor de hand deze als zelfstandige organisatie te positioneren. De overheadkosten zouden in die voortzetting te sterk drukken op het geheel.

De twee overige inbeddingen (samenvoeging met Veiligheidsregio en blijven binnen de gemeente Groningen) zijn goed mogelijk. In de variant Veiligheidsregio moet met frictiekosten i.v.m. ontvlechting rekening worden gehouden. In beide voortzettingen blijft een GR-construct aan de orde.

f. Doorontwikkeling

Het scenario Romp+ bestaat uit enkele beleidsarme en beleidsrijke producten (vanuit gemeentelijk perspectief). Wat betreft de verplicht door GGD uit te voeren wettelijke taken zien we een ontwikkeling richting centralisatie: om de expertise te borgen is voldoende schaal (veelal bovenregionaal) nodig. Daarbij zal er oog blijven voor nauwe afstemming op de gemeenten.

Voor de adviesfunctie is de ontwikkeling gericht op het beter ondersteunen van gemeenten (via accounthouders). Het verkrijgen van brongegevens (epidemiologie) die nodig zijn voor de onderbouwing van het advies wordt moeilijker, daarom zal samen met de gemeenten gekeken worden hoe invulling gegeven kan worden om dit proces kwalitatief op peil te houden en werkbaar te krijgen.

In het kader van de toezichthoudende verantwoordelijkheid zien we het meer toetsen op inhoudelijke kwaliteit samengaan met het in staat stellen van instellingen (incl. burgers) om de kwaliteit zelf te bevorderen (visitatie).

De gemeenten zullen de doorontwikkeling van de taken die zij van de GGD hebben overgenomen zelf moeten vormgeven.

4.3 Scenario Transformatie

a. Beschrijving

Het scenario Transformatie bevat naast de wettelijke GGD-taken, alle andere huidige taken van de GGD, zodanig vormgegeven dat optimaal wordt aangesloten op het te transformeren sociaal domein op gemeentelijk niveau.

b. Uitgangspunten

De gemeenten besluiten het huidige takenpakket van de GGD te continueren. De gemeenten behouden daarmee ten opzichte van elkaar het solidariteitsbeginsel. Alle gemeenten zijn doende met de invulling van hun sociaal domein. Lokaal of clustergewijs wordt invulling gegeven aan de vormgeving van het eigen sociaal domein. In dit scenario past de GGD zich optimaal aan de nieuwe inrichting van het sociaal domein per (cluster van) gemeenten. De GGD zal voor de gemeenten een nabije advies- en uitvoeringsorganisatie zijn die samen met de gemeente(n) zoekt naar effectieve, financieel haalbare en werkbare producten. Per (cluster van) gemeenten kan dit leiden tot andere vormen van dienstverlening; uitgangspunt daarbij is 'co-makership'. Voorstelbaar is dat de GGD zich voor zijn lokale taken regionaliseert. Samen met de gemeente(n) benoemt de GGD de basiskwaliteit die geleverd wordt, afgestemd op de wensen van elke gemeente, dan wel clusters van gemeenten. De GGD benadert de producten projectgewijs, dus met vooraf bepaalde budgetten en doelen. De gemeenten maken samen met de GGD afspraken over effectiviteit en efficiency. Ook wordt gekeken hoe burgers bij de ontwikkeling van de producten betrokken kunnen worden.

c. Consequenties

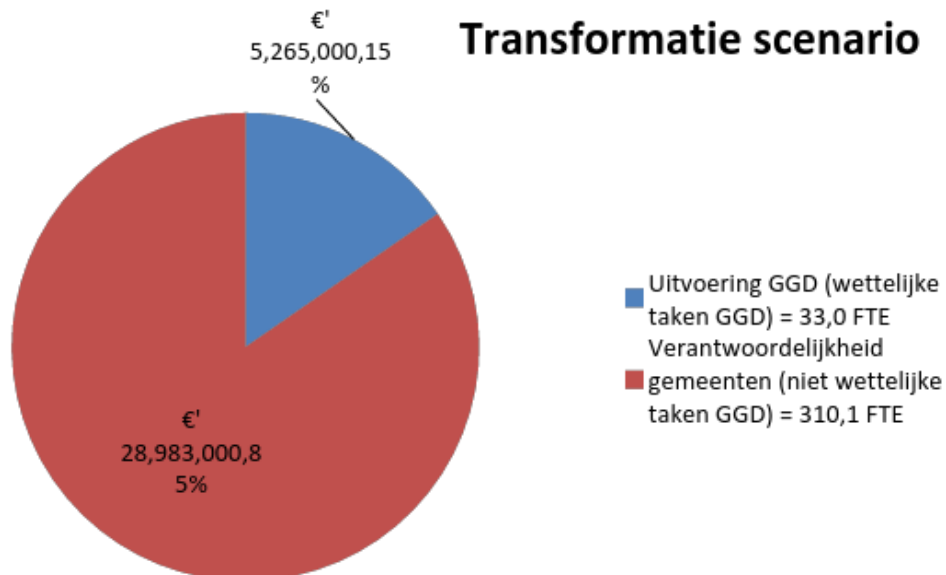
In het schema hieronder zijn de consequenties thematisch uitgewerkt.

Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	<p>Gemeente heeft maximale regie maar wordt geen uitvoerder</p> <p>Sluit goed aan bij de vormgeving van het sociaal domein</p> <p>GGD wordt een klant- en product gestuurde organisatie</p> <p>Gemeenten hebben een vangnet voor nieuwe problemen en weten dat we die producten weer in de markt zetten</p> <p>De kwaliteit van de sociaal medische zorg aan de burger wordt gecontinueerd</p>	<p>Veel gemeenschappelijke taken en besluitvorming</p>	<p>GGD ontwikkelt zich tot een meer klantgerichte organisatie</p> <p>Brede expertise binnen GGD blijft behouden</p> <p>Gegevens makkelijker beschikbaar</p> <p>Samenhang Publieke Gezondheidstaken gewaarborgd.</p> <p>Voldoende volume bij GGD voor extra vraag bij crisis en vaccinatieproces</p> <p>Uitvoering en advisering in één organisatie</p>	<p>Meer maatwerk vraagt meer flexibiliteit</p>
Personeels-technisch	<p>Geen verantwoordelijkheid van personeel</p>		<p>Voldoende volume bij GGD voor extra vraag bij crisis en vaccinatieproces.</p> <p>Bedrijfsvoering kan makkelijker ingericht worden</p>	<p>Aantal mensen kunnen niet mee in de transformatie, (moeten oplossingen voor gevonden worden)</p>
Juridisch	<p>Geen aansprakelijkheid voor uitvoering (bestuurlijke aansprakelijkheid)</p>		<p>Jarenlange ervaring als zorginstelling</p>	
Financieel	<p>Productgestuurde organisatie (projectgewijs met doelen en financiering)</p> <p>Geen frictiekosten</p>	<p>Inwonerbijdrage kan maar beperkt naar beneden</p>	<p>Financiële verantwoordelijkheid duidelijk</p>	<p>Mogelijk meer risico door maatwerkafspraken</p>
Bestuurlijk	<p>Provinciale solidariteit</p> <p>Voldoende volume bij GGD voor extra vraag en crisis</p>	<p>Gemeenten moeten zich conformeren aan elkaar voor de GGD als geheel</p>		

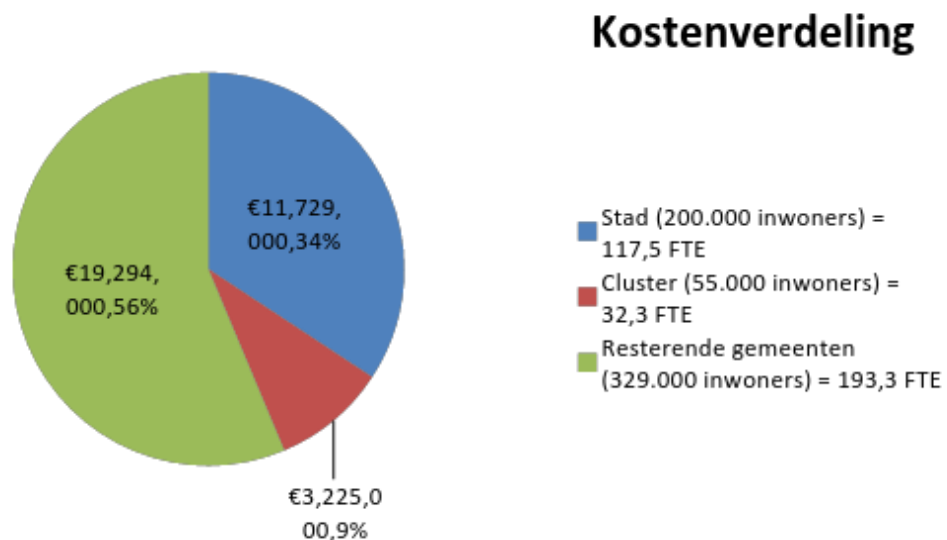
De ingevulde tabel geeft geen objectieve waarheden weer en is ook niet uitputtend! Het is afgezet tegen de huidige situatie.

d. Omvang formatie en financiële kengetallen

De omvang van de formatie van de GGD blijft in dit scenario hetzelfde als de huidige omvang. In het onderstaand schema wordt een onderscheid gemaakt tussen de wettelijke taken van de GGD en de taken waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn.



In onderstaand schema wordt beschreven hoe de verhouding is tussen de stad en overige gemeenten in relatie tot het totaal. Voor de stad betekent het dat 1/3 van het geheel bij de stad hoort en 2/3 bij de resterende gemeenten. De verhouding van een fictief cluster (55.000 inwoners) inwoners)ten opzichte van de resterende gemeenten ligt op ongeveer 10%.



Een kostenbesparing van ongeveer 1 % levert in dit scenario de gemeenten gezamenlijk €342.000 op. Een efficiencybesparing van ca. 5% op de gemeentelijk kosten (ca. 8 ton euro, rekening houdend met

de aanstaande veranderingen t.a.v. Toegang en GHOR) lijkt te realiseren op een termijn van twee of drie jaar. Eventueel verdere besparingen zijn te realiseren door taken te schrappen. Gemeenten zullen dan moeten aangeven welke taken zij niet meer van de GGD af willen nemen.

e. Governance

Gezien de omvang van de organisatie in dit scenario is het goed mogelijk om deze als zelfstandige organisatie vorm te geven. Dit betekent dat er een nieuwe organisatie zal moeten worden opgezet met alle benodigde ondersteuning op het gebied van ICT, huisvesting, personeel etc.

De twee overige uitwerkingen (samenvoeging met Veiligheidsregio en blijven binnen de gemeente Groningen) zijn ook goed mogelijk. In de laatste variant zullen nadere afspraken moeten worden gemaakt om de zelfstandigheid van de GGD nieuwe stijl te vergroten; de GGD moet de ruimte hebben om te doen wat (gedifferentieerd) nodig is voor de regio en daarin optimaal en kosteneffectief ondersteund worden. Zowel bij verzelfstandiging als de variant Veiligheidsregio moet rekening worden gehouden met frictiekosten in verband met ontvlechting uit de gemeente Groningen. In alle voortzettingen blijft een GR-construct van toepassing.

f. Doorontwikkeling

Per product zal gekeken moeten hoe de doorontwikkeling wordt vormgegeven. De volgende uitgangspunten zijn op dat vlak te formuleren:

1. Is er een voorliggende voorziening, of kunnen we die organiseren?
2. Op welke schaalgrootte kunnen functies worden ingevuld?
3. Producten aanvliegen als projecten met budget en doelen
4. Concrete afspraken tussen gemeente en GGD wat te doen met innovatie
5. Hoe betrekken we meer burgers/cliënten bij onze producten?
6. Kennisontwikkeling stimuleren (expertisefunctie van de GGD)
7. Kwaliteit organiseren door meer onderbouwing van onze advisering (data)
8. Goed kijken naar de taakdifferentiatie mogelijkheden binnen het product
9. Horizontale toetsing door instellingen (incl. burgers) met toezicht rol
10. Aansluiting vinden bij de reguliere hulpverlening/integraal werken

4.4 Scenario Sociaal-Medisch Dienstencentrum

a. Beschrijving

In dit scenario kunnen gemeenten kiezen welke producten ze willen afnemen van de GGD. In dit scenario kunnen ook andere (deel-)taken uit het sociaal domein aan het regionale construct worden toegevoegd; aldus ontstaat een 'sociaal-medisch dienstencentrum', waarin gemeenten die taken onderbrengen die zij in samenhang op overstijgend niveau met elkaar willen uitvoeren.

b. Uitgangspunten

De gemeenten zijn bezig met de inrichting van hun sociaal domein. Gemeenten bepalen individueel of clustergewijs daarin hun eigen uitgangspunten. De Groninger gemeenten hebben voor de publieke gezondheid een gezamenlijke organisatie, waarbij zij de diverse taken en thema's kunnen beleggen. Naast de wettelijk verplicht door GGD uit te voeren taken bepalen de gemeenten afzonderlijk welke taken uit het domein publieke gezondheid zij in een regionaal construct willen onderbrengen. Dat betekent dat de GGD een organisatie is die flexibel inspeelt op de ontwikkelingen/vragen/ behoeften van de gemeenten. Daarmee voldoet de GGD aan het uitgangspunt 'lokaal wat kan en regionaal wat moet' (welk beeld kan variëren per cluster van gemeenten, gelet op de uiteenlopende omvang). Dit scenario incorporeert de ontwikkelingsrichting die in het voorgaande scenario (transformatie) is beschreven; voor de lokale taken is optimale afstemming op de wensen van de afzonderlijke (clusters van) gemeenten het uitgangspunt.

Naast de PG-taken kunnen aan dit regionale construct ook andere taken worden toegevoegd, zoals de inkoop jeugdhulp, inkoop WMO, Veilig Thuis of bijvoorbeeld de kennisfunctie van de MEE. Ook hier beslissen gemeenten met elkaar welke taken men gezamenlijk wil uitvoeren. Als een bepaalde gemeente ervoor kiest niet mee te doen met bijvoorbeeld de JGZ, dan is dat mogelijk (op voorwaarde dat het overblijvende bereik van deze functie groot genoeg is om dit kwalitatief waar te kunnen maken). In deze flexibele vormgeving moeten heldere spelregels worden vastgelegd voor de duur van contractafspraken en de financiële risico's die daaraan zijn verbonden.

Dit scenario beoogt maximale klantgerichtheid richting gemeenten. Met de gemeenten zullen afspraken gemaakt moeten worden over effectiviteit en efficiency. Aangezien er (naast de klassieke PG-taken) taken uit het sociale domein aan dit construct kunnen worden gehangen wordt de titel 'Sociaal-Medisch Dienstencentrum' (SMD) voorgesteld.

c. Consequenties

Als een of meer gemeenten er voor kiezen de JGZ (deels) zelf te gaan doen dan zal extra aandacht geschonken moeten worden aan het verkrijgen van brongegevens. Deze gegevens zijn nodig om de onderbouwing van het advies (beleid en epidemiologie) aan de gemeente kwalitatief op peil te houden en werkbaar te krijgen.

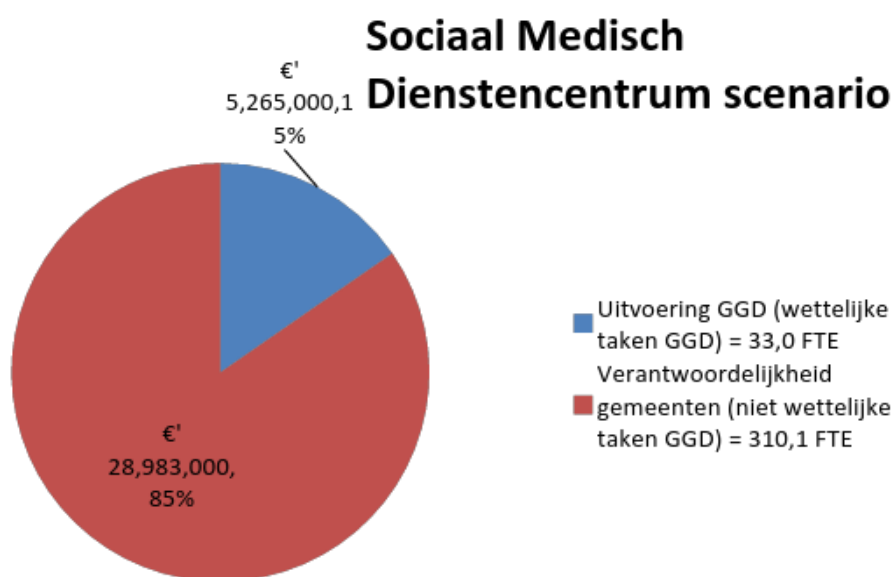
In het volgende schema zijn de consequenties thematisch uitgewerkt.

Consequenties	Gemeente individueel		GGD	
	Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
Inhoudelijk	<p>Meer(zelf) regie</p> <ul style="list-style-type: none"> – De gemeenten kunnen door eigen producten te kiezen hun eigen sociaal domein inrichten. – Meer zeggenschap over uitvoering – meer gemeentelijk maatwerk <p>GGD wordt product-gestuurde organisatie</p>	<p>De bij de GGD taken belegde zijn minder vanzelfsprekend vanwege de schaalgrootte en op basis van de vraag van de gemeente</p> <p>Risico voldoende volume bij GGD voor extra vraag en crisis</p>	<p>GGD wordt een klantgerichte, flexibele organisatie.</p> <p>GGD kan beter aansluiten bij de gemeente</p>	<p>Versnippering Publieke Gezondheidstaken door verschillende invulling per gemeente</p> <p>Meer afspraken noodzakelijk i.v.m. gegevens (monitorfunctie GGD)</p> <p>Ondersteuningstaken (staf e.d.) meer variabel in de tijd</p>
Personeels-technisch	Gemeenten bepalen zelf hoe ze een gerichter personeelsbeleid kunnen voeren	Ondersteuningstaken voor de af te nemen taken zelf organiseren		Risico voldoende volume bij GGD voor extra vraag en crisis
Juridisch		Als de gemeente uitvoerder van publieke taken dan is zij volledig verantwoordelijk en aansprakelijk		
Financieel	<p>Verantwoordelijkheid gemeentelijke PG-producten in eigen hand</p> <p>Inwonerbijdrage kan naar beneden</p>	<p>Risico op frictiekosten</p> <p>Niet per definitie goedkopere aanbieders voor de niet-gemeenschappelijke taken</p>		Bekostiging wordt ingewikkelder (jaarlijkse productieafspraken, meer financieel risico)
Bestuurlijk	Gemeenten moeten hun beleid op het gebied van Publieke Gezondheid expliciteren	Solidariteit mogelijk onder druk		Sturing GGD-producten wordt complexer

De ingevulde tabel geeft geen objectieve waarheden weer en is ook niet uitputtend!

d. Omvang formatie en financiële kengetallen

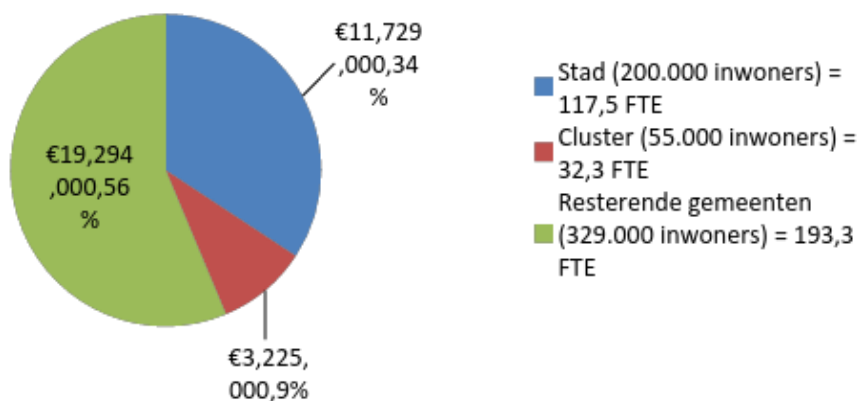
In dit scenario gaan we uit van de omvang van alle huidige taken. Afhankelijk van de keuze van de gemeenten (welke taken bij het SMD worden belegd) kan de besparing gezocht worden binnen de GGD-begroting en/of binnen de gemeentelijke begroting. Dit wordt nog nader bepaald. Bij de minimale variant is er geen besparing mogelijk vanuit de GGD als de gemeente(n) dezelfde kwaliteit geleverd willen zien van de GGD. Bij de gemiddelde variant kan de GGD in samenspraak en afstemming met de gemeente(n) kijken naar een kostenbesparing. In de maximale variant (behoud huidige omvang) van dit scenario zou de GGD indicatief een efficiencybesparing van ca. 5% op de gemeentelijke kosten (ca. 8 ton euro, rekening houdend met de aanstaande veranderingen t.a.v. Toegang en GHOR) kunnen realiseren.



In onderstaand schema wordt de kostenverdeling weergegeven.

De stad (200.000 inwoners) heeft van het totaal ca. 118 fte (34%) tot haar beschikking en een cluster (55.000 inwoners) heeft ca. 32 fte (10%).

Kostenverdeling



e. Governance

De maximale variant van dit scenario is het scenario Transformatie en de minimale variant komt overeen met het Rompscenario. Ten opzichte van het scenario Transformatie kunnen mogelijk ook nog taken worden toegevoegd uit belendende domeinen (bijv. inkoop Jeugdhulp of Veilig Thuis), maar daarmee is cijfermatig op deze plaats nog geen rekening gehouden.

Uitgaande van het gemiddelde scenario is het mogelijk om dit als zelfstandige organisatie vorm te geven. Dit betekent dat er een nieuwe organisatie zal moeten worden opgezet met alle benodigde ondersteuning op het gebied van ICT, huisvesting, personeel etc.

De twee overige uitwerkingen (samenvoeging met Veiligheidsregio en blijven binnen de gemeente Groningen) zijn ook goed mogelijk. Voor dit scenario is het van belang dat er met alle gemeenten heldere afspraken worden gemaakt over het af te nemen aantal producten en de periode. Er zal per product een ondergrens aanwezig zijn waarbij bepaalde diensten niet meer geleverd worden. Bij continuering van de inbedding in de gemeente Groningen zullen andere afspraken nodig zijn over de governance (meer zelfstandigheid) en de overheadkosten.

In de variant Veiligheidsregio moet rekening worden gehouden met frictiekosten in verband met ontvlechting van de GGD uit de gemeente Groningen.

Bij het toevoegen van andere taken uit het sociaal domein aan dit nieuwe construct kunnen voordelen ontstaan op het gebied van bestuurlijke overlegvormen.

f. Doorontwikkeling

Wat betreft de verplicht door GGD uit te voeren wettelijke taken zien we een ontwikkeling richting centralisatie: om de expertise te borgen is voldoende schaal (veelal bovenregionaal) nodig. Daarbij zal er oog blijven voor nauwe contacten met de gemeenten.

Voor alle producten zien we een ontwikkeling naar het bevorderen van eigen kracht en dat de GGD haar rol als adviseur/deskundige versterkt.

In het kader van de toezichthoudende verantwoordelijkheid zien we het meer toetsen op inhoudelijke kwaliteit samengaan met het in staat stellen van instellingen om de kwaliteit zelf te bevorderen (visitatie).

In dit scenario zullen gemeente(n) en GGD samen op moeten trekken om de doorontwikkeling vorm te geven, zodat er kwalitatieve samenhang blijft tussen de taken en producten van de publieke gezondheid.

Hoofdstuk 5 Uitwerking voorkeurscenario

a. Inleiding

In de AB-vergadering van 15 april 2016 is door de aanwezige bestuursleden opiniërend gesproken over de scenario's. Er is toen een eerste voorkeur uitgesproken voor de scenario's 3 (Transformatie) en 4 (Sociaal-Medisch Dienstencentrum). Men oordeelde dat er niet alleen behoefte blijft aan een robuuste GGD (berekend op opgeschaalde zorg), maar ook dat volledige overgang van de omvangrijke JGZ-taak naar lokaal niveau noch wenselijk, noch uitvoerbaar is. In het DB van 25 april jl. is deze conclusie overgenomen en gevraagd naar een uitwerking van beide scenario's.

Nadat dit is gebeurd, is hier op de bestuurlijke conferenties van 17 juni en 8 juli jl. nader over gesproken. Tijdens de bestuurlijke conferentie van 8 juli 2016 is door de (14) aanwezige bestuurders een voorkeur uitgesproken voor een scenario dat elementen van de scenario's 3 en 4 combineert. In de wandeling wordt dit 'scenario 3b' genoemd; men onderschrijft de inhoudelijke beweging richting transformatie (scenario 3), maar wil keuzevrijheid hebben als het gaat om de vraag welke taken wel of niet bij de GGD worden belegd (scenario 4, maar dan zonder toevoeging van niet-PG taken).

Uitgangspunt is dat een voldoende robuuste GGD overeind blijft. De DPG is gevraagd dit voorkeurscenario zodanig uit te werken dat het, na accordering door het Dagelijks en Algemeen Bestuur, ter informatie richting de 23 colleges en de gemeenteraden kan in het najaar 2016.

In het vervolg van dit hoofdstuk werken we scenario 3b concreet uit.

b. Missie en visie

In het voorkeurscenario maakt de GGD een kanteling naar de gemeenten, als belangrijkste opdrachtgevers en klanten van de dienst. Die kanteling impliceert een bijstelling van de missie (die antwoord geeft op de vraag waarom de dienst 'op aarde is'):

GGD Groningen werkt met overtuiging aan de gezondheid en veiligheid van alle burgers in onze regio. Preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming zijn onze kerntaken, die wij dagelijks in samenwerking met onze opdrachtgevers actief vorm en inhoud geven.

In deze nieuwe formulering kiezen we voor een actieve insteek richting gemeenten.

In zijn **visie** geeft een organisatie aan hoe hij zijn missie wil vormgeven. We kiezen voor de volgende uitgangspunten:

- *We werken vanuit de vertrekpunten positieve gezondheid, preventie en eigen kracht (in plaats van ziekte, zorg en afhankelijkheid).*
- *We zoeken optimale aansluiting bij de doorontwikkeling van het sociaal domein op lokaal niveau.*
- *Wij hebben extra aandacht voor groepen met verhoogd risico in onze regio.*
- *We werken klantgericht en zoeken de samenwerking met netwerkpartners.*
- *Vanuit onze focus op collectieve preventie zorgen we voor goede aansluiting en waar nodig doorverwijzing naar de curatieve zorg.*
- *Voor onze beschermings- en toezichttaken zoeken we actieve samenwerking met onze klanten (burgers), met als doel hen te versterken in hun eigen verantwoordelijkheid.*
- *We zoeken als toegewijde professionals steeds naar 'best practices' in het werk dat we doen, zijn continu gericht op innovatie/verbetering en investeren in praktijkgericht onderzoek.*

- *We nemen verantwoordelijkheid voor ons werk, doen dat vanuit een proactieve basishouding en streven naar maximaal toegevoegde waarde.*

Bovenstaande missie en visie geeft aan waar GGD Groningen voor staat en de komende jaren voor wil gaan. Samen met gemeenten is het belangrijk om verder vorm en inhoud te geven aan deze missie en visie.

Onze inschatting is dat het sociaal domein de komende jaren in beweging blijft en jaarlijks de accenten per gemeente en op regionaal niveau zullen verschillen. Voor de GGD is het van belang zijn adaptatievermogen te verhogen om op die steeds veranderende omstandigheden in te spelen.

c. Inhoudelijke uitwerking

c1. Kader

In dit scenario wordt de publieke gezondheid als onderdeel van het brede sociaal domein gezien en wordt een doorontwikkeling beoogd die inspeelt op de veranderende verhouding tussen burgers, lokale overheid en de uitvoerende dienst. Toegespitst op de rol van de GGD wordt een omslag beoogd van een aanbodgerichte organisatie op regionaal niveau naar een klantgerichte, innovatieve dienst die zowel gemeenten als burgers wil ondersteunen in de vraagstukken die zich op sociaal-medisch gebied voordoen.

Bij de doorontwikkeling van de GGD in dit scenario gaat het om de volgende kernopgaven:

- Optimaal aansluiting zoeken bij de (uiteenlopende) invullingen van het sociaal domein op gemeentelijk niveau, met als uitgangspunt een doeltreffende dienstverlening door een actieve, klantgerichte GGD, die zijn taken op verantwoord professioneel niveau uitoefent.
- Verbetering van de kwaliteit van het professionele aanbod van de GGD (innovatie, klantgerichtheid) in combinatie met een slankere interne organisatie, zodanig dat de efficiency bij gelijkblijvende dienstverlening toeneemt.

GGD Groningen wil invulling geven aan een meer klantgerichte benadering. Klanten van de dienst zijn in dat kader: gemeenten, burgers en ketenpartners:

- Gemeenten hebben een dubbele relatie met de GGD: zij zijn zowel 'eigenaar' van de dienst (en bestuurlijk verantwoordelijk voor instandhouding, exploitatie en doorontwikkeling van de GGD). Daarnaast zijn zij opdrachtgever en klant; de GGD is er om hen te ondersteunen, enerzijds door de uitvoering van regionale taken, anderzijds door zoveel mogelijk op maat aan te sluiten bij de vormgeving van het lokale sociale domein (inclusief inhoudelijke transformatie).
- Voor burgers heeft GGD Groningen een beschikbaarheidsfunctie; zij moeten kunnen vertrouwen op een dienst die gezondheidsbescherming op goed niveau vervult. Daarnaast heeft de GGD ook zorgrelaties met individuele burgers (JGZ, reizigersadvies, tuberculosescreening etc.). Belangrijk is dat GGD Groningen voor de burger goed vindbaar en laagdrempelig beschikbaar is.
- GGD Groningen heeft toenemend te maken met andere partners in het sociaal-medisch domein waarmee op lokaal niveau in het sociaal domein steeds meer wordt samengewerkt. Maar ook partijen waarmee specifieke campagnes worden gevoerd (zoals alcohol bij jongeren). GGD Groningen stelt zich naar hen toe op als een actieve en betrouwbare netwerkpartij.

c2. Meer focus op de gemeenten

Zoals gezegd moet de interactie tussen gemeenten en GGD toenemen om tot meer doeltreffende dienstverlening te komen. In deze beweging zijn voor de GGD aanpassingsvermogen, kwaliteit van het werk en efficiency de uitgangspunten. Er zullen steeds nieuwe ontwikkelingen zijn waarop ingespeeld moet worden om maximaal toegevoegde waarde te leveren. Concreet betekent dit het volgende:

- De professionals van GGD Groningen hebben continu aandacht voor de context waarin zij werken. Dit betekent dat zij dienstverlenend zijn aan de gemeenten en hun inspanningen afstemmen op de lokale vragen. Zo wordt meer 'nabijheid' bij en kennis van de betreffende gemeenten georganiseerd. Dit geldt ook voor de beschermingstaken die regionaal georganiseerd zijn. Alle medewerkers van de GGD hebben helder voor ogen wie hun klanten c.q. opdrachtgever(s) zijn. Dit uitgangspunt vereist binnen de GGD een zekere cultuuromslag.
- De GGD-dienstverlening is voortaan periodiek onderwerp van gesprek met gemeenten. In het kader van de begrotingscyclus vindt tenminste eenmaal per jaar afstemming plaats tussen GGD en (cluster-)gemeenten, waarbij kwaliteit en kwantiteit van de dienstverlening onderwerp van gesprek zijn en 'productieafspraken' worden gemaakt. Deze afspraken worden neergelegd in een dienstverleningsovereenkomst, die zowel de betreffende gemeente(n) als de medewerkers van de GGD houvast biedt.
- GGD Groningen wil voor gemeenten een gemakkelijk toegankelijke bron van kennis zijn. Om dit te realiseren is het van belang om periodiek met gemeenten te bepalen welke kennis- en expertisegebieden (bijvoorbeeld specifieke doelgroepen, interventies en thema's) extra aandacht behoeven.
- GGD Groningen stelt samen met gemeenten een meerjarenbeleidsvisie op. Deze beleidsvisie geeft de richting en ambities weer voor de komende periode (drie jaar) en is de basis voor de GGD-jaarplannen. De beleidsvisie kunnen de bestuurders met hun gemeenteraad bespreken en gebruiken bij de doorontwikkeling van hun beleid. De volgende beleidsvisie, op te stellen in 2019, zal over de periode 2020-2023 gaan.
- De digitale wereld zorgt voor een veranderende vraag ten aanzien van de dienstverlening. GGD Groningen sluit hierbij zoveel mogelijk aan. Specifieke aandacht blijft hierbij nodig voor de groep kwetsbaren.

In het jaarlijkse dienstverleningsoverleg met (clusters van) gemeenten zijn afspraken te maken over:

- Specifieke vragen/speerpunten van de betreffende gemeente (bijvoorbeeld op het gebied van JGZ, OGGz, epidemiologie, evenementenadvisering, technisch hygiëne toezicht)
- 'Productieafspraken' in maat en getal over de gemeenschappelijke en gemeentespecifieke taken
- Verantwoordelijkheidsverdeling voor taken in het sociale domein (bijv. de inbedding van JGZ in sociale teams of CJG's; in dit soort constructies is het van belang om helderheid te hebben over aansturing van medewerkers en productverantwoordelijkheid)
- Afspraken over monitoring

Om goed aan te kunnen sluiten op de vragen van de gemeenten en burgers en om innovatie te kunnen realiseren zal binnen de GGD een cultuur- en organisatieverandering nodig zijn. Een verandering waarbij structuren, taken en procedures onder de loep moeten worden genomen, teneinde dienstverlening meer op maat te bieden, klantgerichte interdisciplinaire samenwerking te

bevorderen en optimaal innovatie en klantgerichtheid te stimuleren. Tevens zal een ontwikkeling in gang worden gezet naar meer zelforganiserende teams c.q. minder management.

c3. Productontwikkeling

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen de doorontwikkeling van het GGD-portfolio geschetst, tegen de achtergrond van de doelen kwaliteitsverbetering en efficiencywinst. Uitgangspunt is een *lean&mean* organisatie, gericht op adequate uitvoering van zijn kerntaken. We lopen hieronder de kernproducten langs.

● **Gecentraliseerde taken**

Het betreft hier de beschermingstaken infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, forensische geneeskunde, TBC bestrijding, SOA/Sense en technische hygiënezorg. Deze taken blijven centraal georganiseerd, waarbij - in verschillende gradaties - samenwerking op noordelijk niveau aan de orde is. Binnen deze domeinen zijn er nieuwe ontwikkelingen die vragen om een nauwere samenwerking met gemeenten en partners (zoals Omgevingswet, asbest, antibioticaresistentie). Om de verbinding tussen deze gecentraliseerde taken met het lokale domein te leggen wordt er geïnvesteerd in een goede relatie met (clusters van) gemeenten. Per taakveld worden aandachtsfunctionarissen benoemd die als 'verbindingsofficier' en aanspreekpunt voor de verschillende gemeenten functioneren.

De taak Reizigersadvisering blijft als specifiek centraal aanbod in stand, zolang kosten en baten in balans zijn. Deze functie kent een duidelijke relatie met de infectieziektenbestrijding.

● **Gedecentraliseerde taken**

Onder de gedecentraliseerde taken vallen de taken die zich vooral op lokaal niveau afspelen. Het gaat hierbij om de jeugdgezondheidszorg (JGZ inclusief het Rijksvaccinatieprogramma), de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) en de Toegang jeugdhulp.

De functie **Toegang** jeugdhulp zal, overeenkomstig de afspraken gemaakt eind 2014, met ingang van 2018 worden overgeheveld naar de gemeenten. Het gaat om de functies casemanagement met gedragswetenschappelijke ondersteuning en ondersteuning indicatiestelling PGB, die begin 2015 van JB Noord zijn overgenomen. Deze taken op het gebied van de jeugdhulp horen niet tot de publieke kerntaken van de GGD, maar zijn onderdeel (en sluitstuk) van de gemeentelijke basisinfrastructuur jeugdhulp. Voor de gedragswetenschappers gekoppeld aan deze functie zal worden verkend of een koppeling kan worden gelegd met de expertpool van de RIGG (de beperkte groep gedragswetenschappers leent zich niet voor versnippering; behoud van kennis en expertise is van belang). Dat geldt ook voor zaken als deskundigheidsbevordering, bijscholing en intervisie. Najaar 2016 zal een gezamenlijk plan van RIGG en GGD over een duurzame inbedding van deze (gevoelige) functie aan het bestuur worden voorgelegd.

Parallel aan deze beweging is inmiddels de discussie over de invulling van de functie coördinatie Zorg voor Jeugd in gang gezet (uitvoering bij GGD laten of lokaal beleggen?), met de bedoeling om met ingang van 2017 daarover duidelijkheid per gemeente te hebben.

De **OGGz** omvat de taken uitvoering, netwerkvorming en beleid. Hierbij gaat het om de meest kwetsbare mensen die tussen wal en schip dreigen te vallen. Voor deze mensen, die verminderd zelfredzaam zijn en passende zorg vermijden, is gerichte aandacht noodzakelijk. Het doel van OGGz is burgers te motiveren reguliere zorg of ondersteuning te accepteren, zodat zelfredzaamheid en participatie worden bevorderd. De GGD voert de vangnettaak (7/24 uur) voor de regio uit. Voor een aantal gemeenten voert GGD Groningen de OGGz-coördinatietaken uit.

De OGGz-functie leent zich goed voor inbedding in het sociale domein, zodat kennis en kunde kunnen worden verbreed naar andere medewerkers op dat gebied. De lokale sociale teams kunnen de mensen helpen die niet zelf om hulp vragen, maar wel open staan voor hulp. Buiten kantooruren heeft de forensische geneeskunde een vangnetfunctie voor deze doelgroep. Zwaardere OGGz-taken (zoals extreem vervuilende mensen, gezondheidssprekuren voor dak- en thuislozen, uitvoering van protocollen waarbij drang en dwang ingezet moet worden) vragen om specialistische kennis. Samen met gemeenten en ketenpartners is verder te verkennen wie welke rol op dit gebied kan vervullen, rekening houdend met de couleur locale. Te denken valt aan vakgerichte scholing, kennisontwikkeling en -verspreiding, maar ook aan specifieke taken voor bijvoorbeeld verwarde personen. Per gemeente zijn hierover nadere afspraken te maken in de dienstverleningsovereenkomst, in goed overleg met de centrumgemeente.

De **Jeugdgezondheidszorg** is de meest omvangrijke functie van de GGD. Deze functie wordt sinds jaar en dag lokaal uitgevoerd en centraal ondersteund. Rond deze functie spitst zich het decentralisatievraagstuk toe. Het betreft hier een bewezen preventieve basistaak, die kwalitatief op niveau moet blijven worden uitgevoerd. Het zgn. Landelijk Professioneel Kader (Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg, 2015; als veldnorm vastgesteld door VWS en VNG) beschrijft welke taken minimaal in dit verband moeten worden uitgevoerd (en waarop strikt wordt toegezien door Inspectie Gezondheidszorg). Binnen het LPK is 'kinderen zien' voor de meeste contactmomenten niet meer verplicht; ook andere vormen van contact zijn mogelijk c.q. toegestaan. Zo kan de JGZ drukbezette werkende gezinnen op door hen gewenste tijdstippen bereiken met digitale informatie, via de website, met de inloopsprekuren, via chats, via GGD-apps, Facebook, Twitter en Whatsapp. Voor ouders die een regelmatige gezondheid- en opvoedcheck op prijs stellen blijft de mogelijkheid bestaan om gebruik te maken van fysieke contactmomenten. Onderdeel van de JGZ is de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma, waartoe op gezette tijden uiteraard kinderen gezien moeten worden. Het RIVM ziet toe op de uitvoering van dit laatste programma. In 2018 komt de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het RVP bij de gemeenten te liggen. Vastgelegd is dat de uitvoering van het RVP door dezelfde organisatie moet gebeuren die de JGZ uitvoert.

Aan de uitvoering van de JGZ-taak zit veel vast: stafmatige ondersteuning, verzorgen bijscholing, werving, BIG-registratie en -toezicht op voorbehouden handelingen, klachtenbehandeling, verantwoording naar IGZ, onderhoud en doorontwikkeling digitaal dossier, kwaliteitsbewaking vaccinatieprogramma etc. In de situatie dat uitvoering en leiding van deze taak bij de GGD blijft is het zaak om te zorgen voor passende aansluiting op de lokale basisteams. In het jaarlijkse dienstverleningsoverleg met elke gemeente zullen hierover concrete uitvoeringsafspraken worden gemaakt (bij voorkeur met een heldere verantwoordelijkheidsverdeling). Indien een gemeente er voor kiest de JGZ bij de GGD weg te halen en elders te beleggen is het goed om zowel de inhoudelijke als financiële consequenties goed in beeld te brengen c.q. daarover afspraken te maken (zie par. c4).

Binnen de GGD is voor de functie JGZ nog een slag te maken wat betreft klantgerichtheid en innovatie. De staffuncties in dit segment zijn efficiënter in te richten en ook de klantbenadering kan moderner. Ook zijn taken van jeugdartsen naar jeugdverpleegkundigen te verschuiven of te mandateren. De verpleegkundigen kunnen meer consulten uitvoeren, met de daarbij behorende geprotocolleerde medische handelingen. De jeugdartsen zien kinderen bij complexe problematiek en in principe alleen op indicatie en daar waar sprake is van zgn. voorbehouden handelingen. Ook is te denken aan meer groepsconsulten, meer digitale contactmomenten, anders organiseren van consultatiebureaus (openingstijden, locaties) en het zorgdragen voor betere verbinding naar met name de eerstelijns gezondheidszorg. Op lokaal niveau kan hieraan nader invulling worden gegeven,

jaarlijks vast te leggen in de dienstverleningsovereenkomst. Binnen de GGD gaat dit najaar het project 'JGZ 3.0' van start gericht op modernisering van de JGZ-praktijk. Hierbij zullen ook gemeenteambtenaren worden betrokken.

Er zijn nog enkele andere aan de JGZ gerelateerde taken bij de GGD belegd, zoals **logopedie, stevig ouderschap en pedagogische gezinsondersteuning (voorheen LPH)**. Deze taken worden in verschillende mate afgenomen door gemeenten. Aangezien dit vanuit PG-perspectief geen kerntaken zijn, zal in 2017 worden bezien of deze functies niet beter afgebouwd/overgedragen kunnen worden.

- **Kennistaken**

Onder de kennistaken vallen monitoring/epidemiologie, gezondheidsbevordering en -beleid. Het ligt voor de hand deze taken centraal te blijven organiseren, zij het vraaggericht met de focus op de gemeenten.

De kennisfunctie geeft veel inzicht in de lokale gezondheidssituatie per gemeente. De analyses en beleidsadviezen kunnen gemeenten ondersteunen bij hun lokaal beleid. Binnen de GGD is deze functie verder te professionaliseren in de vorm van een kenniscentrum, waar gemeenten met hun vragen terecht kunnen. Jaarlijks in het dienstverleningsoverleg kunnen specifieke vragen en projecten worden afgesproken. Parallel daaraan zal verder worden geïnvesteerd in het verwerven en beschikbaar stellen van evidence based kennis. In samenspraak met de afdeling Gezondheidswetenschappen van het UMCG, de RUG en de Hanzehogeschool zal meer ingezet worden op praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek, toegespitst op thema's in de regio.

- **Crisistaken**

De GGD heeft een eigen crisisfunctie (GGD Rampen Opvangplan: GROEP), die uiteraard behouden blijft. De GHOR-functie (inclusief evenementenadvisering) is qua uitvoering aan de GGD gekoppeld, maar valt bestuurlijk onder de Veiligheidsregio. Gelet op het BTW-probleem dat voor deze functie is ontstaan (de VR moet BTW betalen omdat deze taak door de GGD wordt uitgevoerd), ligt het voor de hand de betreffende medewerkers (ca. 9) per 2017 qua werkgeverschap over te hevelen naar de Veiligheidsregio, met behoud van de aansturing door de GGD. Hiervoor worden op dit moment plannen uitgewerkt.

c4. In- en uittrederegels

Uitgangspunt voor de komende drie jaar (2018-2020) is transformatie van de dienstverlening in combinatie met de mogelijkheid dat gemeenten jaarlijks de keuze hebben om taken die niet verplicht bij de GGD zijn belegd wel of niet door de GGD te laten uitvoeren. Deze keuzemogelijkheid zal vooral voor de lokale PG-taken (JGZ en OGGz) van betekenis zijn omdat voor die functies de samenhang met de nieuwe vormgeving van het lokale sociaal domein het meest pregnant is. Deze keuze-optie vraagt nieuwe spelregels aangezien die mogelijkheid tot dusver niet aanwezig was (los van gemeentespecifieke taken zoals de pedagogische gezinsondersteuning). Van belang is voor de betreffende taken voldoende schaalomvang bij de GGD te houden teneinde de uitvoering voor de gemeenten die deze taken bij de GGD blijven afnemen te borgen. Ook is van belang dat de GGD een kritische massa behoudt in zijn verpleegkundige en medische bemanning om op te kunnen schalen wanneer de omstandigheden daartoe nopen. Indicatief zou de GGD tenminste 150 medewerkers met een verpleegkundige of medische achtergrond moeten behouden (nu ca. 250). Voorts is van belang dat losmaking van functies uit de GGD de financiële continuïteit van de organisatie niet in gevaar brengen.

Voor de inhoudelijke afweging om een taak bij de GGD weg te halen c.q. anders te beleggen kan de volgende 'checklist' dienen:

- Omvang van de personele formatie voor de betreffende functie in relatie tot de vereiste bezetting/continuïteit van de taak (vervanging, minimale bezetting, eventueel 7x 24 uren beschikbaarheid).
- Omvang en aard van de personele bezetting in relatie tot de vereiste kwaliteit van zorg (bijscholing, BIG-registratie, onderhoud protocollen/werkinstructies, opleiding/aanwas, intervisie etc.).
- Beleggen van de verantwoordelijkheid voor medisch-verpleegkundig handelen en -klachten. Onderdeel daarvan is de aanspreekbaarheid voor de Inspectie (IGZ).
- Verantwoordelijkheidsverdeling voor beleid, aansturing en uitvoering.
- Werkgeverschap en verantwoordelijkheidsverdeling hiërarchische, functionele en operationele aansturing van de betreffende medewerkers.

Gemeenten die de afname van een GGD-taak beëindigen dragen de daaraan verbonden frictiekosten (inclusief overheadeffecten). Als een gemeente besluit een taak zelf te doen dan is deze gehouden de frictiekosten bij de GGD te minimaliseren. Dit houdt in dat zij in beginsel het uitvoerend personeel overneemt. Vooraf worden waar mogelijk afspraken gemaakt over de frictiekosten bij eventuele loskoppeling van een nieuwe taak.

Als een taak volledig door een gemeente wordt overgenomen (dan wel elders belegd) is helder dat de GGD geen rol meer heeft op dat gebied. Bij 'gemengde constructies' (waarbij een taakverdeling tussen gemeente en GGD wordt afgesproken) is het zaak de afspraken c.q. verantwoordelijkheden rond de uitvoering van de betreffende taak glashelder vast te leggen in een daartoe op te stellen overeenkomst (inclusief jaarlijkse evaluatie). De hiervoor vermelde checklist kan daartoe als leidraad dienen.

Om het effect van in- en uittrede op de GGD als geheel te beheersen (met het oog op de operationele en financiële continuïteit van de GGD) zijn de volgende spelregels in acht te nemen:

- **Omvang/opzegging**
 - o Taken moeten binnen het takenpakket van de GGD passen.
 - o Taken moeten kostendekkend zijn. Indien dit niet het geval is kunnen taken worden gestaakt/geweigerd.
 - o Groei of krimp van de GGD in enig jaar kan niet meer dan 20% bedragen (anders niet realiseerbaar i.v.m. doorlooptijd en leveringszekerheid en effecten op de overhead, uitzonderingen voor het collectief daargelaten). Elk najaar wordt beoordeeld door het bestuur of de opgetelde wensen van gemeenten binnen dat kader blijven.
 - o Van jaar op jaar bepaalt de GGD of zij een bepaalde taak nog kwalitatief toereikend kan uitvoeren. De directeur Publieke Gezondheid (DPG) kan voorstellen een taak te beëindigen indien hij/zij tot het oordeel komt dat dit niet (langer) mogelijk is; het bestuur beslist
 - o Indien een taak van de GGD door een gemeente wordt overgenomen is deze gemeente vanaf het moment van overname daarvoor financieel verantwoordelijk; bij gemengde constructies worden de afspraken over financiële verantwoordelijkheidsverdeling helder vastgelegd.
- **Opzegtermijn**
 - o De opzegtermijn van een GGD-taak is minimaal een jaar voorafgaand aan het eind van de kalenderjaar, dit om ervoor te zorgen dat de betreffende taak goed afgebouwd kan worden

- o Eenmaal per jaar in het najaar wordt geïnventariseerd welke taken de gemeenten in jaar x+2 niet langer willen afnemen van de GGD. Ieder najaar besluit het bestuur of het verantwoord is aan de ingediende verzoeken tegemoet te komen.
- **Nieuwe taak**
- o Indien een nieuwe taak aan de GGD opgedragen wordt, wordt op dat moment de (voorafgaande) ontwikkeltijd (personeel, kennisniveau) bepaald omdat dit sterk afhankelijk is van de aard van de uit te voeren taak.
- o Nieuwe taken worden voor een periode van tenminste drie jaar bij de GGD belegd, teneinde de aanloopkosten uit te kunnen smeren en voldoende ervaring te kunnen opbouwen. Bij kleinere taken kan van deze regel worden afgeweken (te bepalen door het bestuur).

Deze in-/uittrede-opties betekenen dat de (tekst van de) Gemeenschappelijke Regeling PG&Z moet worden aangepast. Dit zal voorjaar 2017 gebeuren.

c5. Dienstverleningsovereenkomst

De relatie tussen de GGD als opdrachtnemer en de gemeenten in hun rol als opdrachtgever is aan herziening toe. Het is zaak deze verhouding op een nieuwe manier vorm te geven, waarbij de GGD zich als opdrachtnemende partij opstelt en de gemeente de opdrachtgeversrol een nieuwe invulling geeft. Voor beide partijen vergt dit oefening en zal het gaan om gezamenlijk leren. De opbrengst moet zijn dat de GGD beter aansluit bij de (uiteenlopende) vragen die op lokaal niveau aan de orde zijn en daarmee zijn maatschappelijk rendement verhoogt. Voorwaarde in dit nieuwe samenspel is dat de gemeente weet wat zij wil en de GGD gericht weet in te zetten. In de dienstverleningsovereenkomst (DVO) worden waar mogelijk afspraken gemaakt in maat en getal en zal periodiek vanuit de GGD worden gerapporteerd over de voortgang. Uitgangspunt is dat de GGD de vragen van de gemeenten beantwoordt binnen het bestaande 'begrotingsvierkant', voor zover het geheel van vragen dat toelaat. Waar daadwerkelijk sprake is van meerwerk zullen aanvullende financiële afspraken moeten worden gemaakt. Het ligt voor de hand jaarlijks richting bestuur te evalueren hoe dit nieuwe model van dienstverlening verloopt.

In bijlage 4 zijn de contouren van een model-dienstverleningsovereenkomst tussen de GGD en gemeente X opgenomen.

Bedoeling is om voor het jaar 2017 op proef met deze DVO's van start te gaan. In het najaar van 2016 zal per (cluster van) gemeente(n) een overleg worden gearrangeerd om de dienstverlening vanuit de GGD in 2017 nader invulling te geven. De daadwerkelijke dienstverleningsovereenkomsten gaan per 2018 van start.

c6. Governance

Kijken we naar de governance voor de GGD, dan ligt een meer zelfstandige positionering van GGD Groningen voor de hand. Zoals vermeld in hoofdstuk 3 heeft de inbedding in de gemeente Groningen voordelen, maar ook nadelen voor een dienst die ten principale een regionale taak heeft. Ook vanuit de gemeente Groningen is aangegeven dat de huidige governance rond de GGD op onderdelen knelt (financiële complexiteit en onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling op dat gebied, personeelsbeleid dat regelmatig spanning geeft, gemengde verantwoordelijkheid voor klachtenafhandeling, bestuurlijke aanspreekbaarheid). Bij de vormgeving van de GGD-nieuwe-stijl past een positionering die de slagkracht van de GGD, toegespitst op de naar verwachting verder

uiteenlopende vragen van de gemeenten in de regio, optimaal faciliteert en voldoende eigen bewegingsruimte biedt. Tegen die achtergrond zijn drie voortzettingen denkbaar:

- Een geheel zelfstandige GGD met eigen rechtspersoonlijkheid en ondersteunend apparaat;
- Organisatorische inbedding in de Veiligheidsregio, waarbij VR en GGD onder dezelfde directie komen. Wettelijk blijft een GR voor de GGD verplicht;
- Alliantie met de Veiligheidsregio gericht op gezamenlijke bedrijfsvoering, met behoud van zelfstandigheid van de GGD. Deze samenwerking zal contractueel goed moeten worden vastgelegd teneinde niet in de 'BTW-val' te lopen. In deze variant houdt de GGD zijn eigen directie. Er blijft ook sprake van een eigenstandige gemeenschappelijke regeling.

In de drie geschetste varianten zal sprake zijn van overgang van onderneming en ontvlechting van de GGD uit het apparaat van de gemeente Groningen. De hiermee gemoeide frictiekosten zouden geminimaliseerd moeten worden. Dat kan door deze ontvlechting gefaseerd vorm te geven, in goed overleg met de stad.

Begin 2017 zal de discussie over een duurzame positionering/governance van de GGD in het bestuur aan de orde komen teneinde in de loop van dat jaar een afgewogen besluit te nemen (met 2020 als beoogde invoeringsdatum).

c7. Reorganisatie GGD

In het verlengde van de voorliggende koersbepaling zal ten principale naar structuur en cultuur van de GGD moeten worden gekeken. Belangrijke doelen die in dat kader zijn te formuleren:

- Omslag in denken en handelen richting positieve gezondheid: eerst luisteren en overleggen met de klant (burger/gemeente/belangengroep), dan pas kijken of professionele actie nodig is.
- Minder aanbodgestuurde dienstverlening; modernisering JGZ-praktijk; meer focus op wensen gemeenten, aansluiten bij uiteenlopende invullingen van het sociaal domein.
- GGD-medewerker moet klantgerichte professional worden, die aansluit op mogelijkheden en wensen van burgers en gemeenten, zijn professioneel handelen oplossingsgericht vormgeeft en zich toetsbaar opstelt.
- Omslag in werkcultuur naar een klantgerichte, open, innovatieve en efficiënte dienst, die systematisch aan doelen en uitkomsten werkt.

Deze veranderingen - die deels al in gang zijn gezet - vragen om een organisatiebrede aanpak. Onderdeel daarvan is om te kijken naar een slanke leidinggevende structuur c.q. een zo klein mogelijke interne overhead.

Planning is het plan voor deze interne transformatie in het najaar van 2016 op te stellen. De consequenties in organisatorisch opzicht zullen in de loop van 2016/2017 met de interne gremia (waaronder de MR/OR) besproken worden. De effectuering moet dan eind 2017 een feit zijn. Het brede veranderingstraject dat wordt beoogd (inclusief werkcultuur) zal indicatief een doorlooptijd van tenminste twee jaar vergen.

c8. Financiële aspecten

Eerder is gesteld dat een **efficiencybesparing** van 5% op de door gemeenten gedragen kosten in 2018 haalbaar is ten opzichte van de begroting 2016. De voorgenomen afstoting van de functie Toegang, de overheveling van de GHOR-medewerkers en eventueel afstoting van (een deel van) de

functies Zorg voor Jeugd, Logopedie, Stevig Ouderschap en pedagogische ondersteuning (voorheen LPH) zal tot inkrimping van de GGD leiden (een efficiencykorting op die onderdelen vervalt daarmee). Een indicatieve besparing van 5% op efficiency is mogelijk door kritisch te kijken naar de interne overhead, procesoptimalisatie bij de uitvoerende disciplines, functiedifferentiatie en taakherschikking. Deze efficiëncyslag zal alle geledingen van de GGD raken.

Mochten in 2018 taken uit de GGD door gemeenten worden losgeweekt, dan vervalt daarmee uiteraard het besparingspotentieel op die functies. Indien grote delen van de JGZ bij de GGD worden weggehaald, zal dit uiteraard kosten met zich meebrengen.

Het verdient aanbeveling de financiering van de JGZ 0-4 te herzien, inclusief de maatwerkbijdragen voor het 0-4 pakket. Hierbij kan worden gekozen voor de methodiek gebaseerd op het aantal inwoners of de methodiek gebaseerd op het aantal jeugdigen. Een voorstel hiervoor zal begin 2017 in het bestuur worden gebracht.

Frictiekosten doen zich altijd voor bij grote organisatieveranderingen. Deze zullen grofweg uit twee componenten bestaan: projectkosten en kosten van boventalligheid. De projectkosten voor de interne reorganisatie van de GGD zullen moeten worden becijferd op basis van de exacte scopebepaling. Voor de begroting 2018 en 2019 zullen deze kosten in beeld worden gebracht; uitgangspunt is dat de GGD de benodigde middelen zoveel als mogelijk binnen de eigen middelen (exploitatie of reserve) vindt.

Hoofdstuk 6 Samenvatting bestuurlijke besluitpunten

Het Algemeen Bestuur PG&Z wordt gevraagd in te stemmen met de volgende besluitvormingspunten m.b.t. koers en doorontwikkeling van de publieke gezondheidszorg in de regio Groningen:

1. Voor de periode 2017-2020 uitvoering te geven aan scenario 3b c.q. de inhoudelijke beweging van de GGD richting transformatie en keuzevrijheid ten aanzien van het wel of niet beleggen van niet-wettelijke GGD-taken bij GGD Groningen.
2. GGD Groningen de publieke gezondheid beter zal laten aansluiten bij het brede sociale domein op gemeentelijk niveau.
3. GGD Groningen een transformatie realiseert in zowel de dienstverlening (richting klantgerichte, innovatieve dienst met het concept 'positieve gezondheid' als inhoudelijk fundament), als de verhouding opdrachtgever-opdrachtnemer (vraag gemeenten meer centraal).
4. Individuele gemeenten de mogelijkheid hebben vanaf 2018 om niet-wettelijk bij de GGD belegde taken bij de GGD te laten, dan wel anderszins te beleggen. Hierbij gelden de in- en uittrederegels uit H5, c4.
5. Gemeenten geven voor 1 januari 2017 bij GGD Groningen aan welke taken ze per 1 januari 2018 niet meer van de GGD af willen nemen (jaarlijks komt deze mogelijkheid terug).
6. Gemeenten die per 1 januari 2018 een taak weghalen bij de GR PG&Z (GGD) nemen de als gevolg daarvan optredende frictiekosten bij GR PG&Z (GGD) voor hun rekening, dit ter waarborging van de positie GR PG&Z.
7. De GGD sluit met gemeenten voor de jaren 2018 e.v. jaarlijkse dienstverleningsovereenkomsten af, zoveel mogelijk in maat en getal en met adequate monitoringafspraken. Voor 2017 wordt hiermee op proef gestart.
8. De taak Toegang Jeugdzorg wordt met ingang van 2018 in beginsel aan de gemeenten overgedragen (een uitgewerkt voorstel daartoe wordt eind 2016/begin 2017 aan het bestuur voorgelegd).
9. Voor de taken Pedagogische Gezinsondersteuning, Logopedie en Stevig Ouderschap vindt in 2017 nadere bestuurlijke besluitvorming plaats over continuering daarvan bij de GGD.
10. GGD Groningen realiseert voor het begrotingsjaar 2018 een besparing van 5% op de door gemeenten gedragen kosten (ca. 8 ton op de begroting 2018), voor zover de betreffende taken bij de GGD blijven.
11. GGD Groningen stelt in het najaar van 2016 een reorganisatieplan op, dat eind 2016/begin 2017 aan het bestuur wordt voorgelegd en in 2017 de interne besluitvorming zal doorlopen, met de bedoeling dit in 2018 en 2019 te effectueren.
12. In 2017 zal de toekomstige positionering van de GGD onderwerp van bestuurlijke afweging en besluitvorming zijn.
13. Eind 2019 komt de GGD met een nieuw beleidsplan voor de periode 2020-2023. In de tussenliggende periode zal jaarlijks voorafgaand aan de begrotingsopstelling het in dit document geformuleerde beleid waar nodig worden geactualiseerd.

De financiële consequenties zullen verwerkt worden in de conceptbegroting 2018 en voor een zienswijze aan de Raden worden voorgelegd. De wijzigingen in de gemeenschappelijke regeling PG&Z zullen begin 2017 plaatsvinden.

Bijlage 1 Productenoverzicht GGD

Dit betreft een afzonderlijk document, namelijk een Excel-bestand met meerdere tabbladen. Deze is het best enkelzijdig te printen op A3 formaat.

Bijlage 2 Overzicht beschikbare budgetten en formatie GGD per scenario

Beschikbare budgetten en formatie GGD per scenario													
Taak	Scenario	Romp		Romp+		Transforma tie		SMD max		SMD gemiddeld		SMD min	
		budget	formatie	budget	formatie	budget	formatie	budget	formatie	budget	formatie	budget	formatie
Gezondheidsbevordering				317.292	3,0	317.292	3,0	317.292	3,0	158.646	1,5		
Forensische geneeskunde				765.688	2,5	765.688	2,5	765.688	2,5	382.844	1,3		
Epidemiologie		265.095	2,0	265.095	2,0	265.095	2,0	265.095	2,0	265.095	2,0	265.095	2,0
Jeugdgezondheidszorg						16.411.854	198,4	16.411.854	198,4	8.205.927	99,2		
Lokaal gezondheidsbeleid		55.674	0,6	122.671	1,4	122.671	1,4	122.671	1,4	89.173	1,0	55.674	0,6
Milieugezondheidszorg		520.683	4,2	726.279	5,8	726.279	5,8	726.279	5,8	623.481	5,0	520.683	4,2
Techn. Hygiene-inspectie		449.624	3,9	889.778	7,8	889.778	7,8	889.778	7,8	669.701	5,9	449.624	3,9
Tuberculosebestrijding		498.487	4,6	2.041.267	18,7	2.041.267	18,7	2.041.267	18,7	1.269.877	11,6	498.487	4,6
Reizigersadvies				965.000	5,0	965.000	5,0	965.000	5,0	482.500	2,5		
Infectieziektenbestrijding		643.942	6,1	828.987	7,9	828.987	7,9	828.987	7,9	736.465	7,0	643.942	6,1
Openbare geest. gezondh. zrg						728.944	7,0	728.944	7,0	364.472	3,5		
Sexuele gezondheid		2.626.291	10,2	2.626.291	10,2	2.626.291	10,2	2.626.291	10,2	2.626.291	10,2	2.626.291	10,2
Instandhouding GGD		425.734	2,9	217.984	1,5	1.005.826	6,8	1.005.826	6,8	715.780	4,8	425.734	2,9
Gen. Hulp bij Ong. Regio				2.051.164	9,6	2.051.164	9,6	2.051.164	9,6	1.025.582	4,8		
Toegang nieuwe taken						4.501.909	57,0	4.501.909	57,0	2.250.955	28,5		
						-		5.000.000	65,0	2.500.000	32,5		
Totaal		5.485.530	34,5	11.817.496	75,4	34.248.045	343,1	39.248.045	408,1	22.366.787	221,3	5.485.530	34,5

Bijlage 3 Proces

	<i>ambtelijk</i>	<i>DB</i>	<i>AB</i>
verkenningfase: conceptscenario's	14 januari	29 januari	19 februari
kennisfase: keuze scenario's	14 april- conferentie 2 juni	29 april 17 juni: brede bestuurlijke conferentie (opdracht DB PG&Z, opdracht DPG, opdracht RIGG)	20 mei 8 juli: brede bestuurlijke conferentie (opdracht DB PG&Z, opdracht DPG, opdracht RIGG)

	25 augustus	9 september	14 oktober
Besluitvormingsfase	25 augustus	9 september 18 november	14 oktober 9 december
Implementatie scenario			Januari 2017

Bijlage 4 Proefmodel Dienstverleningsovereenkomst GGD - gemeente X voor 2017

A. Te leveren producten door de GGD

Gecentraliseerde taken

- Medische Milieukunde
- Technische Hygiëne Inspecties
- Seksuele Gezondheid
- Forensische Geneeskunde
- Infectieziektenbestrijding
- Tuberculosebestrijding

Gedecentraliseerde taken

- Jeugdgezondheidszorg (0-18)
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- Toegang (tot 1-1-2018)

Kennistaken

- Epidemiologie
- Lokaal gezondheidsbeleid
- Gezondheidsbevordering

Crisistaken

- GHOR
- GROP

B. Specifieke producten

Naast de reguliere inzet van de GGD, zoals afgesproken in de begroting 2017 ten behoeve van alle gemeenten, worden de volgende specifieke afspraken gemaakt:

- beleidsadvies over de gezondheid en leefstijl van bewoners in achterstandswijk Y

- specifieke aandacht vanuit de JGZ voor de kinderen jonger dan 4 jaar van ouders met een lage SES
- extra inzet orthopedagogische ondersteuning in combinatie met minder inzet artsen in gesprekken op middelbare scholen
- onderzoek naar de invloed van loodresten in wijk Z op de gezondheid van kinderen onder de 10 jaar
- gericht advies over de wijze waarop de eenzaamheid van ouderen in wijk W gericht kan worden verminderd
- toezicht op de volgende WMO-aanbieders: ...
- logopedie voor kinderen met een spraak- taalachterstand voor gemeenten die dat wensen
- Zorg voor Jeugd coördinatie
- stevig ouderschap
- pedagogische gezinsondersteuning

C. Participatie GGD

- bijdrage van het JGZ-team op de volgende gemeentelijke speerpunten: samenwerking rond risicokinderen, invoering signs of safety binnen het CJG en reductie van doorverwijzingen naar de tweedelijns GGZ
- deelname van de beleidsadviseurs publieke gezondheid in het beleidsteam sociaal domein van de gemeente, met het oog het formuleren van een strategie voor een samenhangend gezondheidsplan voor wijk P
- overleg Medische Milieukundigen met scholen in de gemeente ten aanzien van het binnenklimaat

D. Kwantitatieve inzet

- targets JGZ : xx gescreende kinderen in de leeftijd 0-1 jaar (97% van het totaal)
- screening van 80% van de risicogroep op SOA
- alle open TBC casussen binnen termijn X gediagnosticeerd en behandeld en gemeld aan de betreffende bestuurders
- alle kinderopvanginstellingen geïnspecteerd in jaar X
- etc.

E. Monitoring

GGD rapporteert elk halfjaar over:

- aantal gescreende kinderen JGZ
- resultaten onderzoek ouderengezondheid
- resultaten wijkaanpak Y
- aantal jong volwassenen met een SOA
- etc.

F. Financiële afspraken

- voor zover de specifieke vragen van gemeente X de grenzen van de GGD-begroting overschrijden worden voor de volgende producten (....) xx tijdelijke extra kosten vergoed door de gemeente aan de GGD

- afgesproken wordt dat rond de extra inzet als hiervoor bedoeld geen frictiekosten van toepassing zijn

Bijlage 5 Verklarende afkortingen

AZC	= Asielzoekerscentrum
CJG	= Centrum Jeugd en Gezin
COA	= Centraal Orgaan Asielzoekers
GHOR	= Geneeskundige Hulpverlenings Organisatie in de Regio
GR PG&Z	= Gemeenschappelijke Regeling Publieke Gezondheid en Zorg
JGZ	= Jeugdgezondheidszorg
OGGz	= Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PG&Z	= Publieke Gezondheid en Zorg
PG	= Publieke Gezondheid
RIVM	= Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TBC	= Tuberculose
VR	= Veiligheidsregio
VTV	= Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	= Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie)
WHO	= World Health Organisation
WMO	= Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	= Wet Publieke Gezondheid